

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BLANQUINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Décembre 1904, à Lembeye (Basses-Pyrénées)

CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES
EXTRA=SPHINCTÉRIENNES

L'EXCISION DU TRAJET AVEC ABAISSEMENT DE LA MUQUEUSE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153511_0123

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean BLANQUINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 14 Décembre 1904, à Lembeye (Basses-Pyrénées)

CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT DES FISTULES

EXTRA-SPHINCTÉRIENNES

L'EXCISION DU TRAJET AVEC ABAISSEMENT DE LA MUQUEUSE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE ..
 AUBERTIN
 BRULÉ
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR - VALLERY -
 RADOT
 SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER ...
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
 GUÉNIOT
 LE LORIER
 LÉVY-SOLAL
 METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR ANDRÉ HARLAY

A qui je dois tout.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR C. W. DU BOUCHET

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

Hommage de respectueux attachement et de profonde gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES CHARLES BLOCH

*Qui m'a inspiré ce
travail, en témoignage
de reconnaissance pour
la bienveillance qu'il
nous a montrée.*

A MES MAITRES

Internat Provisoire

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Internat

M. LE DOCTEUR GERNEZ

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

M. LE DOCTEUR ROBINEAU

M. LE DOCTEUR BERGER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENÈQUE

A MES MAÎTRES ET AMIS

M. LE DOCTEUR LAPORTE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMAIRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ BAUDIN

M. LE DOCTEUR JEAN GAUTIER

M. LE DOCTEUR HUARD

INTRODUCTION

Pourquoi cette hésitation, pour ne pas dire ce renoncement de certains chirurgiens, même réputés, à l'égard des fistules extrasphinctériennes.

Serait-ce du dédain ? Mais pourtant il est peu d'affections qui par la lenteur de la cicatrisation, la fréquence des récidives et des opérations itératives devraient mériter autant leurs soins jaloux.

Serait-ce de la crainte, et le souvenir de Pozzi et de GUINARD, assassinés par leur patient, est-il si fort pour effacer celui de FÉLIX, pourtant gratifié par Louis XIV de 50.000 écus, de la terre des Moulineaux et d'un titre de noblesse ?

Il faut avouer d'ailleurs, comme le fait remarquer M. le Professeur CUNÉO, que les livres classiques manquent singulièrement de précision ; certains se contentent de parler d'excision du trajet, d'autres déclarent qu'il faut parfois se résoudre à sectionner le sphincter, d'autres encore, devant la menace de l'incontinence, en arrivent à se demander si infirmité pour infirmité il ne vaut pas mieux abandonner la fistule à elle-même.

A l'opposé des traités, les publications chirurgi-

cales étalent constamment des procédés multiples nouveaux ou rajeunis, et parfois même on a la surprise de voir tel spécialiste aller chercher la solution dans Hippocrate et dans Celse, tel autre changer en peu de temps radicalement de principes directeurs et de méthode, ce qui traduit bien le désarroi des opérateurs = les techniques sûres sont stables.

Un rapport de M. le Professeur CUNÉO et de M. PICOT à la Société de Chirurgie, la thèse de leur élève JACKSON ont fait connaître un nouveau procédé de cure des fistules extra-sphinctériennes par l'excision du trajet suivie de l'abaissement en rideau de la muqueuse devant l'orifice rectal. Mais il semble que ce procédé ait été considéré par beaucoup comme compliqué et difficilement réalisable et partant demeure peu employé. La raison en est sans doute qu'on ignore quelques points de technique acquis par l'usage, et qu'ont bien voulu nous apprendre M. le Professeur CUNÉO et M. J. Ch. BLOCH.

Nous nous proposons dans ce travail de montrer que l'abaissement de la muqueuse rectale est le procédé de choix dans le traitement des fistules extra-sphinctériennes, que cet abaissement est facile et sûr si l'on veut bien suivre quelques règles et se plier aux exigences de la technique, et échappe alors aux critiques d'extrême difficulté, voire même parfois d'impossibilité que certains lui ont adressées. L'opération la plus simple peut devenir laborieuse sans plan directeur, l'opération la plus complexe peut devenir aisée entre des mains dociles qui ne

s'abandonnent pas à la seule improvisation du moment. Dans la cure des fistules extra-sphinctériennes plus encore qu'ailleurs, pour bien finir, il faut bien commencer, et la réussite est dans la correction des premiers gestes de l'opérateur.

PLAN GÉNÉRAL

Nous rappellerons d'abord quelques notions générales concernant l'étiologie et l'anatomie pathologique des fistules extra-sphinctériennes, notions indispensables à qui veut en comprendre et en entreprendre le traitement.

Puis nous passerons rapidement en revue les traitements médicaux par injections sclérosantes ou irradiations, et en ferons la critique.

Ensuite, nous exposerons les traitements chirurgicaux couramment préconisés et en montrerons soit l'insuffisance, soit le danger.

Enfin nous décrirons le procédé d'abaissement de la muqueuse et nous l'étayerons de quelques observations.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

A. — Fréquence

1^o La fréquence des fistules anales par rapport aux autres maladies du rectum est considérable. ALLINGHAM relevant les statistiques de Saint-Mark's Hospital à Londres trouvait sur 4000 affections ano-rectales 1057 fistules, soit plus du quart. Mais comme le remarque HARTMANN, « ce chiffre est peut-être exagéré, les malades pouvant être attirés vers cet hôpital par le fait qu'au-dessus de son nom se trouve écrit Hospital for fistula ». BALL malgré tout évalue les fistules au sixième des affections du rectum.

2^o La proportion des fistules extra-sphinctériennes par rapport aux intra et aux sous-sphinctériennes est en revanche assez restreinte. HARTMANN sur 618 fistules en trouve :

— 584 sous-cutanéomuqueuses

— 34 extra-sphinctériennes, soit 5 1/2 %.

3^o Dans le service de M. le Professeur CUNÉO, nous avons relevé 30 fistules extra-sphinctériennes de janvier 31 à avril 35.

B. — Age

1^o Toutes les statistiques, aussi bien celle de HARTMANN que celle considérable de L. A. BUIE, montrent que les fistules extra-sphinctériennes sont :

- exceptionnelles au-dessous de 10 ans.
- très rares de 10 à 20 ans
- particulièrement fréquentes de 20 à 50 ans.

2^o Sur les 30 fistules observées à l'Hôtel-Dieu, nous en avons trouvé :

- 1 au-dessous de 20 ans ;
- 10 entre 20 et 30 ;
- 10 entre 30 et 40,
- 5 entre 40 et 50
- 2 entre 50 et 60,
- 2 au-dessous de 60.

C. — Sexe

L'homme est plus fréquemment touché ; ainsi sur 34 cas de fistules extra-sphinctériennes, HARTMANN relève 20 hommes, 14 femmes. Sur 30 cas, nous avons pour notre part noté 21 hommes, 9 femmes.

D. — Pathogénie

— Nous éliminerons de notre étude :

— d'une part, les fistules consécutives à une altération des os du voisinae ou à une affection de l'appareil génito-urinaire ;

— d'autre part, les cas où la fistule passe au second plan, ainsi le cancer du rectum, le rétrécissement du rectum, l'actinomycose.

— Nous n'envisagerons donc que les cas où la fistule est la lésion unique, essentielle. Les causes des fistules ainsi définies sont celles des abcès. Dès lors, trois problèmes se posent :

1^o Quelle est la lésion à l'origine de l'abcès ?

2^o Comment se constitue la fistule ?

3^o Pourquoi la fistule persiste-t-elle ?

PREMIER PROBLÈME. — Quelle est la lésion à l'origine de l'abcès ?

1^o Les vieux auteurs comme les modernes sont d'accord pour dire que le point de départ est en règle une lésion de la muqueuse anale.

a) Mais rares sont les cas où il s'agit de perforation de la paroi rectale directement par un petit corps pointu tel qu'arête, fragment d'os permettant au contenu intestinal septique de pénétrer directement dans le tissu cellulaire.

b) En règle générale, il s'agit simplement au début d'ulcération de la muqueuse anale :

— SABATIER a le premier insisté sur le rôle des corps petits étrangers : arête de poissons, débris d'os, pépins qui sont arrêtés dans les valvules de Morgagni et peuvent y déterminer une inflammation ulcéralive. Quelquefois même, dit-il, le corps étranger est retrouvé dans le pus évacué par l'incision.

— RIBES incriminait les ulcérations causées par le séjour prolongé des matières fécales endurcies jouant le rôle de corps étranger au fond des lacunes circonscrites par les valvules semi-lunaires.

— POTHERAT tenait grand compte des petites déchirures produites par ces mêmes corps étrangers dans l'acte de défécation.

— L. A. BUIE tout récemment à repris ces diverses pathogénies.

— KAUFMANN enfin signale les lésions traumatiques de la sodomie passive.

2^o Mais la lésion de la muqueuse anale n'est certes pas l'unique facteur, comme certains l'ont avancé :

En effet, quoiqu'en disent les auteurs modernes, l'examen systématique et le plus attentif à l'anuscope de tout abcès ischio-rectal est loin de montrer constamment l'altération de la muqueuse. L'odeur fécaloïde invoquée en faveur de l'origine aux dépens d'une muqueuse digestive ne signifie rien, et nous avons récemment incisé une collection purulente du sillon périnéo-scrotal consécutive aux frottements répétés par la courroie d'un bandage herniaire, et dont l'odeur fécaloïde n'avait rien à envier

aux suppurations périanorectales. D'autre part, l'altération de la muqueuse est impuissante à expliquer la rareté de la fistule chez l'enfant, sa fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme ; or un facteur pourrait justement rendre compte de l'influence de l'âge et du sexe : le développement du système pileux. Dès lors, pourquoi éliminer l'origine cutanée possible des abcès ischio-rectaux ? Certes il est classique de dire que les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané ne se propagent pas à la graisse ischio-rectale et VELPEAU avait même décrit entre les deux formations une aponévrose anorectale. En réalité la dissection la plus attentive ne peut démontrer l'existence d'une aponévrose ; tout ce qu'on peut dire, c'est que le tissu cellulaire sous-cutané à distance de l'anus est abondant, lâche et se continue avec la graisse ischio-rectale ; au contraire, au voisinage de l'anus, il est peu abondant, serré, cloisonné ; par suite si les collections de la marge de l'anus restent limitées et cloisonnées, sans tendance à envahir la graisse ischio-rectale, rien ne s'oppose au contraire à la diffusion dans le creux ischio-rectal des infections cutanées situées plus à distance de l'orifice anal.

En définitive, la raison démontre et l'expérience prouve que la lésion initiale peut être extra-anale, et il faut incriminer aussi :

— les inflammations de voisinage, telles que eczéma, herpès, érythèmes, excoriations simples, mais surtout folliculites.

— parfois les traumatismes : plaies, contusions.
Mais souvent la lésion extra-anale est minime, ou guérie, et dès lors méconnue.

3^o Enfin dans certains cas, on peut invoquer une phlébite hémorroïdaire ; CHASSAIGNAC l'avait déjà notée.

DEUXIÈME PROBLÈME. — Comment se constituent abcès et fistule ?

A. — La fistule ischio-rectale

I. — *Classiquement*

1^o Du point de départ muqueux ou cutané, l'infection gagne le tissu cellulo-graisseux périano-rectal par voie lymphatique. « Ces suppurations « périano-rectales, dit HARTMANN, succèdent ici « comme partout ailleurs à une lymphangite ayant « son point de départ dans une excoriation de la « muqueuse », ou de la peau.

2^o Dans un deuxième stade, se constitue l'abcès ischio-rectal ; celui-ci est :

- en règle d'emblée ischio-rectal ;
- parfois secondaire à un abcès pelvi-rectal supérieur ;
- exceptionnellement à un abcès sous-cutanéomuqueux.

3^o Dans un troisième stade, l'abcès ischio-rectal abandonné à lui-même s'ouvre.

— Cette ouverture se fait selon les cas

— dans le canal ano-rectal ;

— à la peau ;

— le plus souvent dans les deux, et alors précocement dans le canal ano-rectal, plus tard à la peau.

— Il en résulte une fistule qui est :

— exceptionnellement borgne interne ou externe.

— en règle complète.

— Il importe de remarquer que l'ouverture dans le canal ano-rectal se fait en un point d'élection :

En effet, il est rare que l'abcès débouche dans le rectum proprement dit au-dessus du sphincter interne.

En règle générale, il passe entre sphincter externe et interne et débouche assez bas dans le canal anal, et sur la ligne médiane postérieure. Il existe là un véritable point faible de la paroi rectale, où entre les deux sphincters, le tissu cellulaire des fosses ischio-rectales communique avec le tissu cellulaire sous-muqueux du canal anal.

De plus, après avoir perforé la tunique musculaire rectale, et avant de l'ouvrir dans le rectum, l'abcès réalise un décollement sous-muqueux, et c'est l'ouverture dans la lumière intestinale de ce clapier sous-muqueux qui est à l'origine de l'orifice interne.

4^o En résumé, d'après cette conception :

a) L'abcès sous-muqueux et la perforation rectale sont dus à l'abcès ischio-rectal.

b) La perforation rectale peut être prévenue par une intervention précoce, « quand la tumeur

est verdelette » disait Ambroise PARÉ, et de plus, excisant et non pas incisant le couvercle cutané de l'abcès.

II. — Pour L. A. Buie

La succession des phénomènes est différente :

1^o Dans un premier stade, l'infection des cryptes de Morgagni particulièrement riches en tissu lymphoïde, entraîne un abcès sous-muqueux. Dès lors deux éventualités sont possibles :

— tantôt cet abcès sous-muqueux s'ouvre précocement et largement dans le rectum et peut alors guérir.

— Mais si l'ouverture rectale tarde à se produire ou est insuffisante, l'abcès sous-muqueux gagne « en bouton de chemise » le creux ischio-rectal, s'insinuant dans 85 % des cas, soit entre le sphincter interne et externe, soit à travers le sphincter externe (il est à noter que L. A. BUIE ne nie pas la propagation lymphatique, mais il la considère exceptionnelle).

2^o Dans le cas où le pus a ainsi perforé de dedans en dehors les tuniques musculaires intestinales, se réalise le deuxième stade, le développement de la suppuration ischio-rectale.

3^o Dans le troisième stade, celle-ci s'ouvre à la peau : la fistule est constituée.

4^o En résumé, d'après cette conception :

a) L'abcès sous-muqueux et la perforation de la

muqueuse précèdent la constitution de la suppuration ischio-rectale.

b) La perforation rectale existe dans tout abcès et dans toute fistule ; si elle manque, c'est que la lésion rectale a guéri et que l'orifice interne s'est dès lors fermé spontanément. KAUFMANN cependant nie la constance et la nécessité de la perforation muqueuse, mais il est d'accord avec BUIE pour donner le rôle initial et primordial à l'abcès sous-muqueux, et c'est en partant de ce principe qu'il a préconisé de revenir, du moins au début, à l'incision des abcès ischio-rectaux par la porte d'entrée muqueuse, c'est-à-dire par le rectum.

On pourrait objecter à la conception de BUIE plusieurs faits :

1^o D'abord il est fréquent chez un malade atteint d'abcès ischio-rectal, de voir la perforation rectale se produire sous les yeux au moment seulement de la dilatation anale, quand le pus est, de ce fait, mis sous forte tension.

2^o D'autre part la perforation siège avec une fréquence remarquable sur la ligne médiane postérieure, à deux ou trois centimètres au-dessus de l'orifice anal ; or un abcès sous-muqueux devrait s'ouvrir n'importe où ; on conçoit au contraire que les collections ischio-rectales effondrent de dehors en dedans la paroi rectale en son point faible, situé précisément sur la ligne médiane postérieure entre les deux sphincters, point où le tissu cellulaire sous-muqueux se continue avec celui situé au-dessus du

raphé ano-coccygien, par suite avec celui des deux fosses ischio-rectales.

3^o Enfin si l'abcès sous-muqueux était le stade initial constant de tout abcès ischio-rectal, il est probable que le fait serait connu depuis longtemps. Les collections sous-muqueuses collectées n'ont pas une symptomatologie tellement latente qu'elles doivent passer inaperçues. Elles s'accompagnent au contraire d'un cortège fonctionnel particulièrement riche, véritable syndrome sphinctérien qui éveille tôt l'attention. Nous nous rappelons un cas récent où la douleur était telle que le malade, lorsque nous le vîmes, avait sans grand résultat reçu déjà trois injections de morphine.

ALLINGHAM l'avait déjà bien observé lui qui disait que les abcès sous-muqueux sont les plus douloureux de tous.

Mais ces arguments ne signifient nullement que l'abcès sous-muqueux ne peut se compliquer d'abcès ischio-rectal ; le fait est possible si l'incision est tardive, et HARTMANN écrit : « Qu'il a vu dans quelques cas ces abcès sous-muqueux se compliquer secondairement d'une collection extra-rectale à la suite d'une perforation de la paroi rectale ». Mais c'est là l'exception, et en définitive l'opinion classique semble la plus admissible qui fait du décollement sous-muqueux et de la perforation rectale la conséquence de l'abcès ischio-rectal.

B. — La Fistule Pelvi-Rectale Supérieure

Jusqu'à présent nous avons eu en vue seulement la fistule ischio-rectale. La fistule pelvi-rectale supérieure, beaucoup plus rare, ne doit pas en être séparée aussi complètement qu'il est classique.

1^o L'étiologie est la même : en effet, dans le cadre des phlegmons pelvi-rectaux supérieurs il faut mettre tout à fait à part ceux consécutifs à une affection génito-urinaire, ou rectale évidente, telles que cancer, rétrécissement ; ou osseuse, en général tuberculeuse, et ne retenir que les phlegmons primitifs en apparence. Or ceux-ci, tout comme les abcès ischio-rectaux sont dus « aux lymphangites » et adénites consécutives aux ulcérations anales et aux hémorroïdes ». (ROTHERAT, POZZI).

2^o Le trajet anatomique est très voisin.

En effet un abcès ischio-rectal pour s'ouvrir dans le rectum au-dessus du sphincter externe doit forcément, comme l'a montré M. PICOT traverser le releveur ; d'autre part il peut même émettre un prolongement ascendant en cul de sac dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

Inversement, un phlegmon pelvi-rectal supérieur se complique secondairement d'abcès ischio-rectal ; D'autre part s'il est classique de dire que la fistule pelvi-rectale supérieure est souvent borgne externe, la communication rectale, quand elle existe, se fait le plus souvent comme dans l'abcès ischio-rectal, bas dans la région sphinctérienne, et cela même

si l'espace ischio-rectal n'est pas encore envahi, comme le prouve une observation d'HARTMANN ; en effet, dans le chapitre consacré aux phlegmons pelvi-rectaux supérieurs, HARTMANN rapporte le cas d'un malade chez lequel il est intervenu avant l'envahissement de la fosse ischio-rectale et où cependant le pus arrivait au contact de la muqueuse à la partie supérieure du canal anal. « Le malade étant anesthésié, on dilate l'anus ce qui entraîne la rupture d'un foyer sous-muqueux à la partie supérieure de la région sphinctérienne sur la ligne médiane postérieure. Une sonde canelée introduite par cette perforation s'engage à huit centimètres environ dans le trajet sous-muqueux qu'on incise au thermo-cautère ; au-dessous de la perforation, on sectionne de même avec le thermo la muqueuse et le sphincter ce qui ouvre une deuxième collection communiquant avec la sous-muqueuse par un trajet entre les sphincters ». Cette observation est suffisamment explicite et confirme bien le siège d'élection bas de la perforation rectale, même dans les phlegmons pelvi-rectaux supérieurs.

TROISIÈME PROBLÈME. — Pourquoi la fistule persiste-t-elle ? Nous allons discuter les facteurs invoqués :

1^o *La tuberculose*

Son rôle a été très diversement envisagé à toutes les époques, et il l'est encore, mais il semble que le

désaccord soit plus apparent que réel, que le problème ait été mal posé et qu'en définitive on doive admettre :

- la fréquence de la fistule chez les tuberculeux.
- la rareté de la fistule histologiquement tuberculeuse.

1^o La fréquence de la fistule chez les tuberculeux est indéniable = toutes les statistiques le démontrent de façon certaine.

2^o La rareté de la fistule tuberculeuse est non moins patente. A la statistique de QUÉNU qui sur 10 fistules a constaté 4 fois des lésions tuberculeuses diffuses ou nodulaires, on peut opposer celle de L. A. BUIE sur qui 1000 cas n'a pu démontrer anatomiquement la tuberculose que 22 fois, celle de KAUFMANN sur qui, 24 fistules examinées par M. HUGUENIN en a trouvé une seule tuberculeuse.

L'opposition entre les statistiques anciennes et actuelles tient à la plus grande rigueur des tests que réclament les histologistes contemporains : la présence de cellules géantes, on le sait maintenant, n'est pas l'indice certain de la tuberculose ; elles sont simplement la preuve d'une inflammation chronique : ne les retrouve-t-on pas en effet par exemple dans les péricectites inflammatoires où leur présence a si longtemps obscurci la véritable étiologie ?

D'autre part, les examens bactériologiques, sans compter les erreurs possibles avec les acido et les alcool-résistants des fèces peuvent être encore

faussés par des bacilles de provenance digestive ou pulmonaire.

Enfin dans les cas où existent indiscutablement des lésions tuberculeuses, ne pourrait-il pas s'agir dans un certain nombre de cas de tuberculisation secondaire d'une fistule banale chez un tuberculeux.

En définitive la tuberculose n'est probablement si souvent invoquée que pour excuser un échec ou cacher une timidité opératoire.

II. — Les caractères du creux ischio-rectal.

1^o Il y a bien longtemps que GOSSELIN, puis CURLING ont insisté sur les particularités anatomiques du creux ischio-rectal, et MOSCKOVICZ récemment reprenait en la faisant sienne la thèse qui donne aux facteurs mécaniques la première place dans la persistance de la fistule.

Selon cette conception, c'est la rigidité des parois du creux ischio-rectal qui empêche leur accollement après la fonte de la graisse ischio-rectale :

— rigidité de la paroi externe ostéo-musculaire et de la paroi inférieure cutanée.

— rigidité de la paroi interne rectale enclavée par l'appareil sphinctérien et de plus contractilité.

2^o Le problème selon cette hypothèse consiste donc à combler le creux ischio-rectal et pour cela trois solutions ont été proposées :

a) Section de la paroi interne rectale, puisqu'on ne peut rien sur la paroi externe ostéo-musculaire.

b) Autoplastie cutanée portant sur la paroi inférieure qu'on amène à tapisser le plafond du creux ischio-rectal.

c) Autoplastie graisseuse.

3^o En réalité :

a) La section de la paroi interne agit en permettant la cicatrisation de dehors en dedans, c'est-à-dire en conduisant progressivement la rigole de drainage du creux ischio-rectal vers la lumière intestinale.

b) L'autoplastie cutanée ne fait que fermer l'orifice interne par la voie périnéale, c'est-à-dire la plus malaisée ; et telle quelle il faut croire que ses échecs ont été nombreux pour amener ses partisans les plus récents à la combiner avec l'abaissement de l'orifice interne par un Whitehead complet. Il est bien difficile d'attribuer alors tout le mal au vide ischio-rectal et tout le mérite à l'autoplastie.

c) Les autoplasties graisseuses enfin ne sont guère recommandées par leurs promoteurs eux-mêmes que dans les fistules borgnes externes ; c'est restreindre singulièrement leurs indications, et avouer leur insuffisance pour ne pas dire leur inutilité dans les fistules complètes.

En résumé, les facteurs mécaniques tirés des particularités anatomiques du creux ischio-rectal sont accessoires, et ce qui le prouve mieux encore, c'est que l'on peut guérir une fistule complète sans couper le sphincter, sans mutiler le périnée, sans combler de graisse ou de peau le creux ischio-rectal.

III. — *Les Particularités de la Fistule.*

Dès lors, comment expliquer la persistance du trajet ?

1^o C'est facile dans les fistules complètes où l'orifice interne permet la contamination répétée du trajet injecté pour ainsi dire à chaque contraction sphinctérienne.

2^o C'est plus difficile dans les fistules borgnes externes.

a) Aussi certains sont allés jusqu'à nier leur existence, et de fait elles sont très rares, d'autant plus rares que l'examen est bien conduit. Mais dire « la fistule n'est pas borgne, c'est le chirurgien qui est aveugle », est certes plus aisé que de trouver systématiquement l'orifice interne, que ce soit par le stylet, les injections colorées ou la rectoscopie.

b) Doit-on invoquer alors la persistance de l'exulcération muqueuse initiale ? Mais KAUFMANN dit qu'il a toujours très soigneusement excisé le couvercle muqueux auquel aboutit le trajet des fistules borgnes externes et qu'il en a toujours demandé l'examen histologique ; or dans la majorité des cas le lambeau muqueux décollé était histologiquement sain.

c) Faut-il alors comme VELPEAU se demander « si les gaz et même les liquides ne filtrent pas par une sorte d'exosmose à travers la paroi rectale amincie ». KAUFMANN reprend cette hypothèse quand il parle d'une alimentation du clavier sous-

muqueux à travers une muqueuse normale, mais libérée de ses connexions lymphatiques et qui absorberait d'autant mieux qu'elle serait plus normale « les humidités stercorales » pour les déverser dans la cavité du décollement sous-muqueux ; il en arrive dès lors à détruire systématiquement le « couvercle muqueux absorbant » et à transformer toute fistule borgne externe en complète.

Mais l'opération de ROBLES, CUNÉO, PICOT qui dans les fistules complètes fait descendre en rideau devant le décollement sous-muqueux une muqueuse normale devrait alors simplement les transformer en borgnes externes ; or ses résultats contredisent formellement cette conception.

d) Force est donc d'incriminer deux derniers facteurs :

1^o L'organisation du trajet : après avoir été la conséquence de la persistance de la fistule, elle en devient aussi une cause ; peu importe qu'on ergote sur l'épidermisation, qu'elle soit fausse ou vraie, il faut exciser les trajets, du moins les trajets organisés. C'est là une règle générale du traitement des fistules et nous ne voyons pas pourquoi les fistules anales y échapperaient.

2^o Le drainage insuffisant de la fistule du fait des sinuosités et des diverticules ; il entretient une infection plus ou moins latente ainsi que le montre l'existence des callosités ; aussi faut-il condamner les tentatives de réunion et drainer, et drainer par le plus court chemin.

En définitive :

— Trois facteurs concourent à entretenir la fistule :

— la persistance de l'orifice interne avant tout

— l'organisation du trajet

— le mauvais drainage extérieur

— Trois conclusions en découlent :

— fermer l'orifice interne

— exciser le trajet

— drainer.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Il faut étudier successivement :

- l'orifice interne
- le ou les orifices cutanés
- le trajet et les diverticules.

1^o L'orifice interne présente des caractères capitaux à connaître pour le traitement.

I. — Il est presque constant :

a) certains même affirment que son existence est la règle .

b) Il est cependant difficile de nier la fistule borgne externe après les dissections soigneuses de BOYER, et les succès obtenus dans certains cas par la simple excision du trajet.

c) Il n'en est pas moins vrai que l'orifice interne est particulièrement fréquent, et que l'échec est certain si la fistule est à tort réputée borgne externe ; il importe de savoir que l'examen réduit d'autant plus les fistules borgnes externes qu'il est bien conduit, et que chez un même sujet la fistule paraît borgne externe à certains moments, se révèle complète à d'autres examens, ou à l'intervention, ou dans les suites opératoires quand elle récidive.

Aussi faut-il s'acharner à le trouver, mais il faut se méfier du stylet rigide et qui ne peut que très imparfaitement cathétériser ces trajets ; il vaut mieux, comme le conseille M. le Professeur CUNÉO, se servir d'une fine bougie ; on peut s'égarer malgré tout dans un diverticule, buter dans le fond du décollement sous-muqueux ; ne pas dire alors fistule borgne externe, mais chercher l'orifice interne par le rectum, en s'aidant au besoin d'injections colorées et la chercher patiemment, sous un repli de la muqueuse, et particulièrement dans ses sièges d'élection, sur la ligne médiane postérieure, au fond des valvules de Morgagni.

2^o Il est toujours unique, et il faut considérer comme absolument exceptionnel le cas de Swinford EDWARDS où il y avait plusieurs orifices muqueux, celui de PICOT où il y existait une fistule double dont chacune avait son orifice profond.

3^o Il siège avec prédilection dans le plan sagittal, et en particulier sur la ligne médiane postérieure. BUIE en effet dans sa statistique le trouve :

— sur la ligne médiane postérieure dans 50 % des cas ;

— sur la ligne médiane antérieure dans 20 % ;

— latéralement dans 30 %.

4^o Il siège en général bas.

a) Il est tout à fait exceptionnel de le trouver haut, dans l'ampoule, et il n'existe à notre connaissance aucun cas où il siègeait à plus de six centimètres au-dessus de l'orifice anal, même dans

les fistules pelvi-rectales supérieures ; et c'est peut-être parce qu'on cherche leur orifice interne trop haut, au fond du cul de sac pelvi-rectal, que les fistules pelvi-rectales supérieures sont réputées le plus souvent borgnes externes.

b) En effet, que la fistule soit ischio-rectale ou pelvi-rectale supérieure, l'orifice interne siège le plus souvent bas, dans le canal ano-rectal, au niveau de la ligne festonnée ano-cutanée c'est-à-dire de la base des valvules de Morgagni, au voisinage du bord supérieur du sphincter externe, à deux ou trois centimètres au-dessus de l'orifice anal. RIBES et LARREY père l'avaient déjà noté, et GOSSELIN écrivait : « Je n'ai aucune raison de croire que l'orifice interne se trouve souvent plus haut, c'est-à-dire dans une partie inaccessible au doigt. Je n'ai aucune observation anatomique en faveur de cette opinion, et j'admets avec la plupart des cliniciens et des auteurs qui ont écrit sur ce sujet que la règle est de trouver l'orifice interne assez près de l'anus ».

C'est là également de nos jours l'opinion d'HARTMANN, BUIE, LOCKHARDT-MUMMERY, et ce point a une importance capitale : il prouve que l'orifice interne est très facilement accessible au chirurgien, que la muqueuse peut être donc facilement abaissée.

5^o Il donne accès le plus souvent dans un décollement sous-muqueux, le sinus des auteurs des xvii et xviii^e siècles. Ce décollement sous-muqueux est essentiellement variable en étendue ; souvent à l'opposé de l'orifice interne, il remonte très haut

parfois même aussi haut que le stylet ou la sonde cannelée peuvent atteindre, ainsi que VERNEUIL et RICHET l'avaient noté à la Société de Chirurgie en 1861.

6° Enfin la muqueuse à son niveau est souple, en général normale ; en général pas d'induration, pas de callosités sur la paroi rectale qui pourraient gêner le décollement.

Tels sont les caractères essentiels de l'orifice interne ; quant à ses dimensions, elles sont très va-

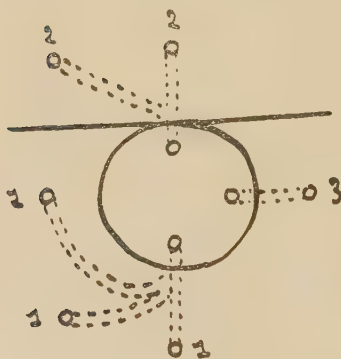


FIG. 1.

FIG. 1. — 1. Type fréquent : orifices cutanés en arrière de la tangente préanale, orifice rectal sur la ligne médiane postérieure.

2. Type rare : orifice cutané en avant de l'anus, orifice rectal sur la ligne médiane antérieure.

3. Type très rare : orifice cutané et rectal sont tous deux latéraux.

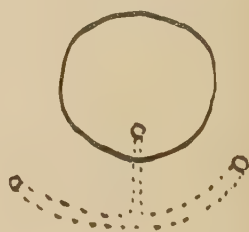


FIG. 2.

FIG. 2. — Fistule en fer à cheval

riables : tantôt tout petit, tantôt pouvant admettre l'extrémité de l'index.

II. — LES ORIFICES CUTANÉS

Ils sont essentiellement variables.

1^o dans leur *nombre*

a) unique,

b) multiples du même côté ou des deux côtés,

c) ils manquent dans la fistule borgne interne.

2^o dans leurs *dimensions*,

a) petit, admettant à peine le stylet,

b) ou large.

3^o dans leur *forme*

a) au fond d'une dépression

b) ou sur un petit mamelon,

4^o dans leur *siège* ;

a) en général à distance de l'anus, à trois ou quatre centimètres, là où le tissu cellulaire est abondant, lâche, en communication large et facile avec la graisse ischio-rectale.

b) parfois très à distance dans le périnée antérieur,

c) parfois même de siège paradoxal : à gauche par exemple quand l'orifice interne est à droite.

d) BUIE a essayé de schématiser la situation de l'orifice interne par rapport à celle de l'orifice externe et a proposé les règles suivantes :

— si l'orifice cutané est en avant de la ligne bi-ischiatique, c'est-à-dire de l'anus, l'orifice interne est sur la ligne médiane antérieure.

— si l'orifice cutané au contraire, et c'est le cas

le plus fréquent, passe en arrière de la ligne bischiatique, l'orifice interne est sur la ligne médiane postérieure.

III. — LE TRAJET

I. — Sa direction

— Il est rare que le trajet soit rectiligne et de plus direct, orifice externe et interne étant en effet rarement à la même heure.

— En règle, le trajet est sinueux et de plus torve, ébauchant une spire autour du canal ano-rectal, puisque l'orifice externe et interne sont à des heures différentes : il en résulte que la section du sphincter si on ne prend pas certaines précautions se fait dans un plan oblique et favorise dès lors le décalage des deux segments sphinctériens sectionnés.

— De plus sur le trajet principal se branchent dans les fistules complexes des trajets secondaires dont certains peuvent s'ouvrir très à distance.

Ces trajets secondaires sont :

— soit contemporains de l'abcès initial,

— soit le résultat du développement secondaire d'abcès au cours de l'évolution d'une fistule primitivement simple.

Que ces décollements procèdent par propagation lymphatique ou effraction, ils ont une orientation régulière que connaissait bien CHASSAIGNAC ; si

on met à part le décollement sous-muqueux déjà vu, on peut en décrire cinq types principaux :

1^o en avant, diverticule périnéal, au-dessus de l'aponévrose superficielle pouvant par le pli périnéo-crural se diriger jusque dans le triangle de Scarpa et s'ouvrir à la peau sur un point quelconque de son trajet.

2^o en dehors, diverticule fessier, s'enfonçant plus ou moins sur le muscle.

3^o en dedans, diverticule en fer à cheval gagnant par-dessus le raphé le creux ischio-rectal et pouvant s'y ouvrir ; un type particulièrement fréquent est la fistule en T comprenant deux trajets qui divergent en arrière chacun vers une fosse ischio-rectale et un orifice cutané correspondant, et qui en avant convergent vers l'orifice interne sur la ligne médiane postérieure.

4^o En arrière diverticule médian-rétro-rectal.

5^o en haut diverticule pelvien ou pelvi-rectal supérieur, à travers le releveur au-dessus duquel il est souvent dilaté, en ampoule.

2^o *Ses rapports avec les sphincters et les releveurs.*

a) les fistules transsphinctériennes, c'est-à-dire à travers le sphincter externe sont rares.

b) les fistules extra-sphinctériennes sont les plus intéressantes.

1^o Dans les cas rares, elles sont presque verti-

cales de bout en bout et débouchent dans le rectum au-dessus du sphincter interne.

2° dans les cas les plus fréquents, elles ont un

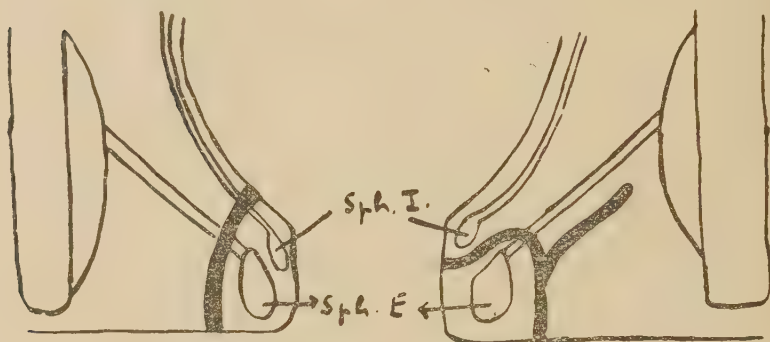


FIG. 3.

A droite : type rare : la fistule débouche dans l'ampoule au-dessus du sphincter interne.

A gauche : type fréquent : la fistule s'insinue entre les 2 sphincters et débouche dans le canal anal.

Noter que des 2 côtés elle perfore le releveur et chemine dans un court segment de son trajet dans l'espace pelvi-rectal supérieur.

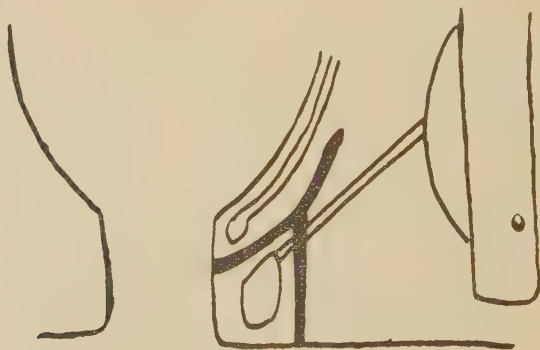


FIG. 4. — F. pelvi rectale supérieure.

Noter qu'elle s'ouvre bas dans le rectum, entre les 2 sphincters. Sans rectoscopie, l'orifice rectal est souvent méconnu.

trajet en T couché, présentant un segment vertical s'enfonçant dans la fosse ischio-rectale, sur laquelle se branche un segment horizontal intersphinctérien qui se dirige en général en bas, en dedans ; en arrière pour déboucher dans le canal anal au-dessus du sphincter externe. »

3^o Dans les deux cas le trajet traverse la partie inférieure du releveur inséparable du sphincter externe sur lequel il s'insère ; il en résulte deux faits capitaux :

— Le premier, mis en évidence par M. PICOT, est que le trajet pénètre dans l'espace pelvi-rectal supérieur avant de perforer la tunique rectale. « Toute fistule ischio-rectale complète est donc aussi une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur, et il paraît inutile de séparer aussi complètement les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur et les fistules ischio-rectales ». La dilatation en ampoule du segment du trajet situé au-dessus du releveur est une contingence, qui en égarant le stylet dans le cul de sac, a pu faire croire au caractère borgne externe fréquent de ces fistules, qui ne permet en rien d'isoler la fistule pelvi-rectale supérieure, qui ne justifie nullement un procédé opératoire spécial tel que le débridement du releveur, décrit par Pozzi (et l'on sait combien effroyable pour lui en fut la conséquence).

Un deuxième fait et non moins important est que le trajet traversant le releveur, on s'expose dans les procédés qui sectionnent toute l'épaisseur du tissu

compris entre la fistule et la lumière intestinale, à intéresser non seulement le sphincter mais aussi le faisceau sphinctérien pubo-coccygien du releveur. Certes quand la fistule est médiane postérieure, la section bien orientée c'est-à-dire bien perpendiculaire à l'appareil sphinctérien reste sans grand inconvénient, sans doute parce que le raphé ano-coccygien et par son intermédiaire le coccyx fournissent un point d'appui à chaque demi-anneau sphinctérien ; mais quand la section porte sur les parties latérales, rien ne s'oppose au décalage et à la rétraction des deux segments ; on conçoit les redoutables conséquences qui peuvent en résulter.

3^o *Structure du trajet*

a) Le trajet est tapissé par une membrane tantôt rougâtre et granuleuse, tantôt lisse et blanchâtre et que DUPUYTREN avait cru à tort être une membrane muqueuse ; mais déjà GOSSELIN avait montré qu'elle ne différait en rien « de la membrane pyogénique recouvrant toutes les solutions de continuité suppurantes ».

Plus en dehors on observe l'épaississement inflammatoire des tissus circonvoisins qui peut se compliquer d'hyperplasie conjonctive considérable formant les callosités auxquelles on a jadis attaché, et certains attachent encore, une importance considérable dans la persistance de la fistule. En réalité elles n'ont rien qui les distingue des callosités qu'on

observe ailleurs sur les trajets chroniquement inflammés, et comme elles, ne demandent qu'à guérir quand elles sont bien drainées et que le foyer infectant initial est supprimé.

b) QUÉNU, MEISEL, HARTMANN ont confirmé histologiquement que la paroi était analogue à celle d'un abcès et constituée par une couche d'inflammation vasculo-cellulaire qui sur les vieilles fistules s'épaissit à la périphérie en formant une véritable couche fibreuse et qui, du côté de la lumière intestinale, peut s'épidermiser.

c) De plus, sur dix fistules étudiées histologiquement, QUÉNU a constaté quatre fois, soit dans près de la moitié des cas, des lésions de tuberculose diffuse ou nodulaire. C'est là une proportion qui ne cadre nullement avec les travaux modernes, puisque BUIE sur 1000 cas n'a trouvé que 22 fois des lésions de tuberculose, KAUFMANN et HUGUENIN une fois sur 24.

On doit chercher la raison de cette discordance dans les réserves plus grandes des histologistes contemporains sur la valeur des cellules géantes et des follicules, clos, et bien des aspects rapportés jadis à la tuberculose seraient sans doute étiquetés maintenant inflammation chronique banale.

4^o Microbiologie du Trajet.

a) Pour QUÉNU et HARTMANN, il semble que dans les vieilles fistules les parois se débarrassent

des microbes qu'elles contenaient au moment de l'évolution de l'abcès primitif ; ces auteurs, en effet, n'ont trouvé des microbes que dans deux cas de fistules ayant succédé à des abcès ouverts depuis une quinzaine de jours ; dans un cas il y avait des staphylocoques, dans l'autre des bacilles de Koch. Ces résultats ne concordent pas avec les recherches encore inédites entreprises par M. VALA, qui presque dans tous les cas a trouvé de l'entérocoque, du staphylocoque, et du colibacille.

b) Le bacille de Koch a été constaté dans l'épaisseur des parois par SCHUCHARDT, puis par QUÉNU ; dans le même ordre d'idées WOLKMAN, GANGOLPHE, FRANÇON ont obtenu chez le cobaye des inoculations positives avec le produit de grattage de trajet fistuleux ou avec le pus qui s'en écoulait. Mais il peut très bien s'agir de bacilles de Koch déglutis.

CHAPITRE II

TRAITEMENTS MÉDICAUX

A. — Traitement radiothérapique

La radiothérapie a été préconisée par BENS AUDE.

I. PRINCIPE. — On ignore comment agit la radiothérapie, et on n'explique rien en écrivant que ce procédé « est basé sur les conceptions actuelles du traitement des affections chroniques par les rayons X ».

II. MISE EN ŒUVRE. — Nous nous bornerons à exposer brièvement la méthode de BENS AUDE :

1^o *Indications*. — Si la radiographie montre une fistule que le chirurgien peut sans difficulté mettre entièrement à plat, c'est à lui qu'il faut confier le malade.

Au contraire, s'il s'agit d'un trajet profond et ramifié, il faut s'adresser à la radiothérapie.

2^o *Technique.* — Une précaution préliminaire est indispensable : protéger les organes génitaux ; c'est facile chez l'homme dans la position genu-pectorale, c'est pratiquement irréalisable chez la femme.

On utilise :

- une tension d'au moins 150 kilovolts ;
- un filtre de 0, mm. 5 de cuivre, plus 2 millimètres d'aluminium.

Séance bi-hebdomadaire de 500 R., jusqu'à une dose totale de 4.000 à 5.000 R par champ ; les dimensions et le nombre des champs étant tels que l'irradiation dépasse largement la zone occupée sur la radiographie par l'image de la lésion.

Souvent une deuxième série d'irradiations, deux à trois mois après la première, est nécessaire.

3^o *Suites.* — La radiothérapie est parfaitement supportée.

Dans les cas heureux, dès les premières irradiations, la suppuration augmente, mais la douleur et la sensation de pesanteur locale disparaissent rapidement : le pus se fluidifie, et en quelques semaines se transforme en liquide citrin. Ce n'est que trois ou quatre mois après le début du traitement que l'on voit l'écoulement se tarir et l'orifice se cicatriser.

III. RÉSULTATS ET CRITIQUES. — Sur 31 malades traités, BENSAUDE reconnaît :

- 40 % de guérisons d'au moins un an ;
- 40 % d'améliorations plus ou moins marquées ;

— 7 % d'échecs.

Mais il est difficile d'interpréter une telle statistique où les cas traités ne sont pas classés par rapport au sphincter. Certes M. BENS AUDE dit qu'il s'agissait dans tous ces cas de « trajets fistuleux, rameux, à nombreux clapiers, opérés déjà une ou plusieurs fois, et où l'intervention chirurgicale, de l'avis même du chirurgien, pour être complète, aurait nécessité une opération très mutilante dont le résultat était problématique ». Mais il faut avouer que ce tableau manque de classification précise nécessaire à toute interprétation sérieuse. Le fait que beaucoup de ces fistules aient déjà été opérées plusieurs fois est certes un argument sérieux contre la technique opératoire employée, mais non contre le principe de l'acte chirurgical ; le fait que plusieurs opérateurs aient rejeté pour ces cas une opération qui leur semblait trop mutilante et trop problématique plaide peut-être contre ces chirurgiens, mais non contre la chirurgie.

De plus, on se demande ce qui, dans les résultats publiés, justifie la satisfaction de M. Bensaude et ce que peuvent bien être les 40 % d'amélioration plus ou moins marquée. Et même, allant plus loin, il serait intéressant de savoir si les 7 % d'échecs relatés ne concernent justement pas la proportion de fistules extra-sphinctériennes.

Enfin et surtout la radiothérapie présente un inconvénient des plus sérieux chez la femme : en effet, M. BENS AUDE reconnaît qu'elle est suivie

d'une aménorrhée presque toujours définitive ; c'est pourquoi il hésite toujours à instituer le traitement par les rayons X s'il s'agit d'une femme jeune en période d'activité sexuelle et dans tous les cas, il ne commence la radiothérapie qu'après avoir prévenu la malade des risques qu'elle court. Nous voilà à notre tour assez prévenus pour rejeter ce traitement.

B. — Traitement médical par cautérisation ou injections sclérosantes

C'est là un procédé très ancien, et qui ne renaît périodiquement de l'oubli que pour y retomber aussitôt.

I. PRINCIPE : On essaie d'obtenir la guérison de la fistule en sclérosant ses parois par des caustiques ou des liquides irritants.

II. PROCÉDÉS.

1^o Tant que la pratique de l'incision ne s'est pas vulgarisée, c'est-à-dire jusqu'au commencement du XVIII^e siècle, on a souvent employé la cautérisation en touchant l'orifice externe avec l'azotate d'argent ou le fer rouge.

Mais ces tentatives n'étaient guère couronnées de succès, si l'on en juge par les discussions qui s'élevèrent à l'occasion de la fistule du roi Louis XIV,

et par les résultats, c'est-à-dire l'incision par l'élix de la fistule royale.

2^o Au début du XVIII^e, DIONIS nous apprend que de son temps certains avaient essayé de traiter les fistules anales par des injections d'eau sulfureuse. Mais il ne dit pas que ce moyen ait donné des guérisons.

3^o Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, BOINET préconisa avec insistance l'injection de teinture d'iode. Mais, dit GOSSELIN qui l'essaya, l'échec est de règle : sur 12 cas, il n'eut qu'une guérison.

4^o De nos jours, de multiples produits ont été essayés en injection dans le trajet fistuleux.

Nous ne ferons que citer :

- la pâte bismuthée de Beck ;
- le rouge de Ziehl ;
- le bleu de méthylène phéniqué ;
- le mercuro-chrome ;
- la quinine-urée ;

— Ramond Bonneau a préconisé les injections de fuchsine phéniquée dans les tissus périfistulaires et non dans le trajet lui-même. Il utilise pour cela la seringue dite impériale, avec laquelle on infiltre plus aisément les tissus fibreux, il pousse deux centimètres cubes en cinq à six points à chaque séance, répète les injections tous les 15 jours, puis tous les mois, enfin de quatre à cinq fois par an.

— RESTREPO utilise les injections sclérosantes de quinine-uréthane.

- chlorhydrate basique de quinine 0, gr. 40 ;

— urethane 0, gr. 20 ;

— Eau distillée : 3 centimètres cubes.

Il injecte un à deux centimètres cubes de solution le plus profondément possible, maintenant l'orifice externe fermé pendant cinq minutes après l'injection ; on répète les injections tous les 5 à 6 jours pendant deux à trois semaines.

III. — RÉSULTATS ET CRITIQUES.

Ces essais n'ont abouti que dans quelques cas rares de fistule borgne externe, mais nulle part nous n'avons trouvé d'observation relatant la guérison d'une fistule extra-sphinctérienne communicante.

Laissons d'ailleurs parler les promoteurs de la méthode : RAVINA et BENZAQUEN qui ont fait connaître en France le procédé de RESTREPO, écrivent : « La méthode s'applique particulièrement à des fistules anales borgnes externes à trajet suffisamment rectiligne et de petites dimensions ». Même dans ces cas favorables, les résultats ne leur paraissent « qu'assez satisfaisants » En tout cas, restreindre à ce point les indications des injections sclérosantes, c'est avouer leur impuissance dans les fistules extra-sphinctériennes.

Raymond BONNEAU de son côté n'y a recours que pour ne pas abandonner les malades qu'il juge inopérables et reconnaît qu'il est impossible de parler de guérison définitive et bien difficile de mettre un point final au traitement.

Il est enfin un danger sérieux consécutif à ces

injections sclérosantes : quelquefois l'orifice externe, peut-être même une partie du trajet s'oblitére, mais en règle générale au bout de quelques jours tout est rouvert et parfois même si l'orifice cutané est insuffisant, se développe un abcès ischio-rectal, voir même un phlegmon diffus : RESTROPO lui-même en avoue la possibilité et pour notre part nous en avons observé deux cas à l'Hôtel-Dieu en un an.

En résumé les injections sclérosantes apparaissent inefficaces et dangereuses.

CHAPITRE III

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

A. — La Ligature

I. PRINCIPE DE LA LIGATURE.

Elle consiste à passer un fil que l'on conduit de l'orifice externe dans le rectum, à travers l'orifice interne, ou en perforant le rectum avec un stylet conducteur si la fistule est borgne externe puis à serrer progressivement le fil, la cicatrisation se faisant ou devant se faire de dehors en dedans au fur et à mesure que la section lente est opérée.

II. PROCÉDÉS DE LIGATURE.

1^o La ligature extemporanée, où la striction est d'emblée forte, et que CHASSAIGNAC réalisait avec son écraseur linéaire.

2^o La ligature progressivement serrée :

— CELSE est le premier qui ait conseillé ce mode de traitement.

— AVICENNE, examinant les divers modes opératoires, se prononce aussi pour la ligature.

— Ambroise PARÉ utilisait une grosse aiguille et le crin de queue de cheval « lié et serré à nœud coulant afin que de jour en autre on le puisse serrer davantage ».

— FOUBERT et DESAULT la faisaient avec un fil de plomb qu'ils serraient progressivement par une torsion augmentée chaque jour.

— Clemot de ROCHEFORT employait une ligature à peine serrée avec un nombre croissant de brins de chanvre.

— ALLINGHAM préconisait la ligature élastique par fil de caoutchouc.

3^o — La ligature progressive précédée du « drainage rationnel » de KAUFMANN. C'est un procédé qui emprunte aux anciens l'anse de drainage, à LOCKHART MUMMERY le principe de la section selon la verticale passant par l'orifice interne, enfin à ALLINGHAM la ligature élastique. C'est là le dernier progrès en matière de ligature, et nous décrirons le manuel opératoire de M. KAUFMANN.

1^o Anesthésie locale.

2^o Destruction du couvercle muqueux « absorbant » du sinus (c'est-à-dire mise à plat du décollement sous-muqueux) par voie rectale ou périnéale (dans ce dernier cas, agrandir l'orifice externe, introduire un index dans la plaie jusqu'à ce qu'il

sente le doigt intrarectal à travers le mince rideau de la muqueuse décollée ; puis décoller le couvercle muqueux et l'exposer à la destruction).

3^o Excision du trajet s'il y a lieu, c'est-à-dire s'il est dur scléreux, mais négliger complètement les décollements.

4^o *Drainage rationnel.* — Ce drainage doit se faire dans ce que l'auteur appelle « le plan principal », c'est-à-dire qu'il faut s'il y a lieu rectifier l'orifice cutané de la fistule et le reporter dans le plan vertical de l'orifice interne, plan qui jouit des propriétés suivantes :

— il est le plus court entre l'orifice interne et la peau ;

— il est dans un pli radié, donc perpendiculaire au sphincter.

On réalise ce drainage par trois brins de caoutchouc tressés entrant par l'orifice cutané rectifié et sortant par l'anus.

Grâce à ce drainage les décollements se comblent spontanément, même quand ils traversent le releveur.

Quand tous les décollements sont cicatrisés, ce qui demande dix, vingt ou trente jours, on voit qu'en comprimant les tissus entre le doigt rectal et une main sur le périnée, on ne provoque plus ni douleur ni issue de pus, et que le stylet ne s'engage nulle part ailleurs que le long de l'anse à drainer.

5^o Section lente du sphincter : dès lors on remplace l'anse à drainer par un brin de caoutchouc serré

sur bourdonnet ou un crin tiré par un élastique ; on donne au malade quelques pilules d'opium et en quelques jours la ligature traverse le sphincter au fur et à mesure que la cicatrisation se fait au-dessus d'elle, et le fil est trouvé dans le pansement.

Fait essentiel : ce traitement n'immobilise presque pas le patient.

III. RÉSULTATS ET CRITIQUES.

1^o La ligature extemporanée ne diffère guère de l'incision.

2^o La ligature progressive a trois inconvénients qu'AVICENNE avait déjà remarqués :

— elle est très douloureuse si la striction est trop forte ;

— elle peut être suivie d'incontinence, car la section du sphincter est souvent oblique, puisque l'orifice cutané et l'orifice rectal sont souvent à des heures différentes.

— Enfin elle risque d'échouer si la section du sphincter trop rapide est achevée avant la cicatrisation complète de dehors en dedans.

3^o Le procédé de KAUFMANN, par le drainage rationnel et la section lente et perpendiculaire du sphincter a apporté une amélioration considérable, et cet auteur cite 24 cas, tous guéris et sans incontinence. Mais nous croyons risqué de l'utiliser au moins dans les fistules dont l'orifice interne est latéral et où par suite la section sphinctérienne n'est pas dans le plan sagittal.

De plus, on est exposé à couper non seulement le sphincter externe mais aussi le faisceau sphincterien du releveur, donc la totalité de l'appareil constricteur. Certes KAUFMANN prétend que la ligature élastique ne doit couper le sphincter externe que quand la partie supérieure de l'appareil constricteur est cicatrisée et peut dès lors empêcher la rétraction des deux bouts du sphincter ; aussi conseille-t-il de contrôler chaque jour la reconstitution des parties sus-jacentes du releveur, mais il nous semble que ce contrôle quotidien doit singulièrement mettre à l'épreuve la réparation au contact des deux segments du faisceau constricteur du releveur qui devra être « la garde vigilante empêchant l'écartement définitif des bouts de l'anneau du sphincter ».

En outre, quand la fistule est borgne externe, il est peut-être excessif, comme le recommande KAUFMANN, de la transformer systématiquement en fistule complète.

Enfin il nous semble préférable d'adopter un procédé qui nous permette de ne pas connaître les inquiétudes que donne malgré tout le sacrifice de l'appareil sphinctérien.

Une dernière remarque : si l'anse de drainage a vraiment tous les mérites que lui reconnaît KAUFMANN, il serait plus simple de la placer d'emblée sous-muqueuse, elle drainerait tout aussi bien le sinus et transformerait ainsi la fistule extra en intra-sphinctérienne, facile à mettre à plat et à guérir dans un second temps).

B. — L'incision

I. PRINCIPE.

L'incision est la section de toute l'épaisseur des tissus compris entre la fistule et la lumière rectale ; elle intéresse donc le sphincter ; elle doit de plus fendre autant que possible toute l'étendue en hauteur du décollement sous-muqueux ; on peut la compléter par l'excision, le curettage ou la thermocautérisation des trajets et des callosités. En divisant la paroi rectale, elle permet son accolement, un large drainage, et la cicatrisation progressive de dehors en dedans.

II. PROCÉDÉS.

— Elle est née à une époque qu'il est difficile de préciser, et avait, il y a quatre siècles déjà, inspiré la fabrication de nombreux syringotomes, dont la collection s'enrichit au ^{xviii}^e siècle du bistouri royal, imaginé pour opérer la fistule du roi Louis XIV. Le syringotome, dans la forme la plus perfectionnée, se compose d'un stylet et d'un bistouri courbe pourvus d'une articulation qui permet de les réunir ou de les séparer ; il sectionne en un instant « la distance de peau, de muscle et d'intestin » qui se trouve interposée entre ses deux branches, c'est-à-dire entre la fistule et la lumière rectale.

— D'autres utilisent le bistouri ordinaire, les ciseaux, le thermocautère, et GERDY et RICHET ont même préconisé l'entérotome pour sectionner par

pincement la partie haute d'un décollement inaccessible au doigt tout en ne risquant pas de blesser le péritoine.

— BUIE pour pratiquer l'incision conseille de cathétériser le trajet à partir non de l'orifice externe, mais de l'orifice interne, qu'il recherche par l'anuscopie ou le rectoscope avant toute dilatation anale. C'est en partant de l'orifice interne que, selon lui, doit être conduite l'incision. C'est seulement dans les cas où il ne trouve pas l'orifice rectal qu'il commence l'incision par l'orifice externe.

— Mais c'est LOCKHART-MUMMERY qui a porté à son plus haut degré de perfectionnement la méthode de l'incision, et c'est sa technique que nous décrirons :

Trois principes dominant le traitement :

1^o La section du sphincter, pour ne pas entraîner d'incontinence doit obéir à certaines règles : *a*) Il faut couper le sphincter sur la verticale de l'orifice interne et rigoureusement suivant le rayon de l'anus. *b*) Il faut proscrire l'incision oblique et l'incision du sphincter en deux points différents de sa circonférence.

2^o Il faut surtout, quand l'orifice interne est latéral, opérer en deux temps : *a*) Dans un premier temps, mise à plat des trajets secondaires et rectification de la fistule par une anse à drainer dans le plan de l'orifice interne. *b*) Dans un deuxième temps section du sphincter dont les tronçons restent étayés par le tissu cicatriciel résultant du premier temps.

3^o Il est inutile de fendre un diverticule extra-rectal s'élevant haut au-dessus de l'orifice interne ; il suffit et il vaut mieux simplement le dilater et le drainer par un drain qu'on fixe par une épingle de sûreté et qu'on raccourcit progressivement.

Quelques exemples de cette méthode peuvent être donnés :

Premier cas : orifice interne et orifice rectal tous deux médians postérieurs. C'est le cas le plus simple, et on peut l'opérer en un temps, car la réparation du sphincter se fait fort bien quand la section est dans le plan sagittal. Il suffit de charger sur la sonde, d'inciser, d'étaler et de curetter ou exciser le trajet. Surveiller la cicatrisation.

Deuxième cas : orifice interne médian, orifice cutané latéral. C'est le cas le plus fréquent. La sonde pénètre par l'orifice cutané, perfore la peau sur la verticale de l'orifice ; on incise et excise ce premier segment du trajet. Puis, la sonde partant de l'orifice cutané artificiel débouche dans le rectum, chargeant la fistule dans le plan de l'orifice interne, c'est-à-dire dans le plan médian, ce deuxième segment est incisé à son tour.

Troisième cas : orifice cutané et orifice interne latéraux. C'est un cas rare, mais le plus délicat, le plus sujet à l'incontinence. On doit opérer en deux temps : dans le premier, excision du segment superficiel du trajet ; dans le deuxième, incision perpendiculaire du sphincter sur la verticale de l'orifice interne.



1. Section oblique



Incontinence par décalage



2. Section bilatérale



Incontinence par rétraction
des deux demi-cercles



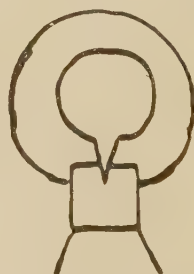
3. Section unilatérale, perpen-
diculaire, après formation du
bloc cicatriciel.



Pas d'incontinence ; le bloc
cicatriciel étaye les tron-
çons sectionnés.



4. Section Médiane postérieure.



Pas d'incontinence ; le raphé
étaye les tronçons.

Fig. 5.

1, 2, 3. Imité de LOCKHART-MUMMERY.

4. Comment on peut expliquer que la section médiane pos-
térieure du sphincter ne donne pas d'incontinence.

Quatrième cas : orifices cutanés multiples et orifice rectal médian.

Dans un premier temps, excision des trajets secondaires et mise en place d'une anse à drainer constituée par un faisceau de crins dans le plan de l'orifice interne, c'est-à-dire dans le plan médian ;

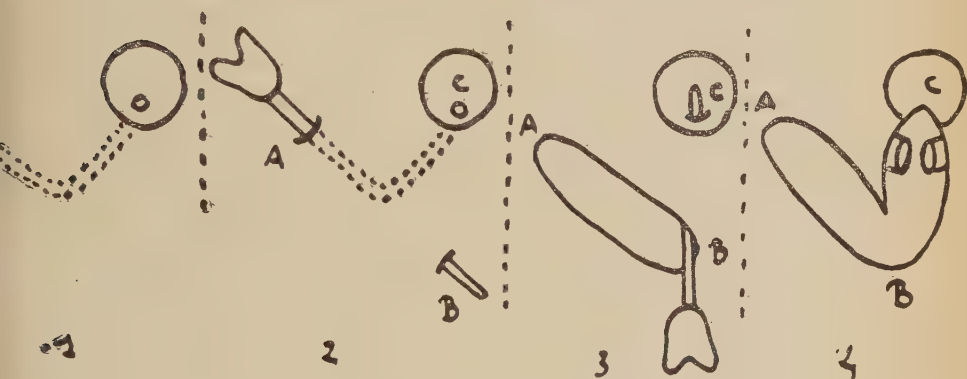


FIG. 6. — Procédé de LOCKHART-MUMMERY
(d'après Fauchet et S. Dupret)

1. La fistule a un trajet courbe : orifice rectal à 6 h, orifice cutané à 8 h.
2. La sonde se dirige vers la verticale de l'orifice interne, et perfore la peau sur la ligne médiane postérieure.
3. Le trajet A. B. est incisé et excisé ; la sonde partant de B se dirige vers l'orifice rectal C, chargeant le sphincter.
4. Le trajet B. C. est incisé et excisé ; on voit le sphincter sectionné en son point d'élection.

dans un deuxième temps, section du sphincter.

Cinquième cas : Fistule en fer à cheval. Le trajet est en T. Dans un premier temps, excision des deux trajets secondaires, c'est-à-dire de la branche transversale du T ; dans un deuxième temps, excision du trajet principal, c'est-à-dire de la branche verticale qui est dans le plan de l'orifice rectal.

Résultats et Critiques.

Le procédé de l'incision a deux inconvénients.

1^o L'hémorragie que donne la section de la paroi intestinale. SABATIER déjà écrivait : « Le sang que fournit la plaie mérite quelquefois l'attention la plus grande par l'abondance avec laquelle il s'écoule ; la profondeur des vaisseaux qui la fournissent ne permet pas toujours d'en apercevoir la source ». De même LOCKHART-MUMMERY reconnaît que lorsque les trajets sous-muqueux s'étendent haut, la section provoque une hémorragie, et il conseille alors de tamponner le rectum avec un tube entouré de gaze et de surveiller l'opéré pendant quarante-huit heures.

2^o Mais l'inconvénient le plus sérieux est la possibilité d'incontinence, et il semble que si on ait exagéré jadis le danger de la section sphinctérienne, on les atténue en revanche aujourd'hui à l'excès, et on parle trop volontiers peut-être d'incontinence passagère ou d'incontinence relative « aimable euphémisme » qui signifie trop souvent que le malade traîne misérablement l'existence d'un neurasthénique.

BUIE, sur 1.000 cas, parmi lesquels nous ignorons la proportion des fistules extra-sphinctériennes, reconnaît malgré tout que six fois il y a eu incontinence et que 61 fois il a dû réopérer une ou plusieurs fois.

LOCKHART-MUMMERY lui-même laisse clairement entendre que n'importe quelle section sphincté-

rienne peut malgré tout aboutir à l'incontinence, et paraît particulièrement inquiet quand l'orifice interne est latéral et que le sphincter doit être coupé latéralement ; aussi va-t-il jusqu'à dire que les fistules avec orifice interne latéral, non seulement doivent être opérées en deux temps, mais aussi doivent être confiées uniquement à un spécialiste de la chirurgie rectale qui saura seul éviter les risques de l'incontinence. »

C. — L'Excision

I. PRINCIPE.

L'excision consiste dans l'exérèse aussi complète que possible du trajet fistuleux, des callosités et des diverticules.

II. PROCÉDÉS.

1^o *L'excision laissant tout ouvert.*

a) Elle a été proposée par Guy de CHANLIAC qui, craignant la section du sphincter et hanté par les callosités en préconisait l'extirpation avec la fistule elle-même.

b) DOYEN, dans son *Traité de Chirurgie*, JEANNE dans une communication à la Société de Chirurgie en 1912 plaident en sa faveur.

2^o *L'excision suivie de suture immédiate.*

a) Les uns commencent par inciser la fistule et le sphincter, puis excisent les parois de la gouttière obtenue, suturent le sphincter sectionné, et après

hémostase effacent la cavité par des sutures en étages qui ne doivent pas seulement rapprocher les lèvres de l'incision, mais adosser les parois et éviter la formation d'espaces morts en passant au large des surfaces cruentées ; les sutures superficielles seront au crin sur la peau, au catgut sur la muqueuse.

C'est CHASSAIGNAC qui le premier, en 1852, tenta de compléter l'excision par la réunion des surfaces cruentées, mais ignorant l'asepsie il échouait souvent.

Le procédé fut repris en 1886 en Amérique par EMMET, WEIR, LANGE et surtout SMITH qui suturait soigneusement le sphincter sectionné ; en Italie la même année par Vincenzo MORIZI ; en France par QUÉNU et LONGO ; en Allemagne, plus tard encore par SENDLER, GERSUNY, etc...

b) D'autres craignant d'ouvrir la fistule et de contaminer la plaie opératoire, excisent sans l'ouvrir tout le trajet fistuleux dans lequel on a préalablement placé une sonde canelée.

Ainsi DELBET et LEGRAS, en 1907, SOULIGOUX et BARGE, CHÉVRIER en 1910. CHÉVRIER place perpendiculairement au trajet fistuleux et profondément par rapport à lui des fils métalliques destinés d'abord à présenter la fistule au bistouri et ensuite à effacer la plaie en quartier d'orange laissée par l'excision.

c) D'autres enfin excisent la fistule sans toucher au sphincter et ferment la communication rectale soit par la plaie périnéale, soit en invaginant la fistule dans le rectum et en liant le bout rectal de la

fistule (SEITZ-KOENIG, V. STEMMLER, HEINS-WALTER).

3^o *Excision avec autoplastie cutanée.*

Ce procédé repose sur cette conception que c'est la rigidité des parois du creux ischio-rectal qui empêche leur accollement et la guérison de la fistule ; il consiste donc, après excision de la fistule et fermeture par la plaie périnéale de la communication rectale, à mobiliser la paroi cutanée et à l'amener à tapisser le fond du creux ischio-rectal évidé.

Notre Maître M. GERNEZ dans ce but, fait une incision très longue soit antéro-postérieure, soit en fer à cheval circonscrivant l'orifice externe, excise la fistule et suture en bourse l'abouchement intestinal ; puis il applique le lambeau cutané interne c'est-à-dire juxta-anal, contre la paroi interne intestinale de la fosse ischio-rectale, il le fixe en haut au plafond de la fosse, et tamponne la plaie largement ouverte, laissant l'épidermisation de la paroi externe se faire de la fesse vers la profondeur ; il faut surveiller de près la cicatrisation.

En Allemagne, MOSKOWICZ d'abord, puis KLEINSCHMIDT, HESSE emploient une technique à peu près comparable ; ils pédiculisent soit la lèvre externe, soit les deux lèvres externe et interne si l'orifice cutané est à distance de l'anus, et amènent et fixent dans la profondeur les deux lambeaux, dont l'un, l'interne si possible, recouvre l'orifice rectal.

4^o *Excision et autoplastie graisseuse.*

Ici, après excision, on cherche à combler le creux

ischio-rectal par des greffes grassieuses prélevées dans la région fessière.

C'est DELORE qui en 1913 préconisa le premier la méthode, imité ensuite par LERICHE et LECÈNE ; mais il semble qu'en France ce procédé n'ait été appliqué qu'à des fistules borgnes externes.

En Allemagne, KIRCHMAYER l'utilise et le recom-



FIG. 7. — Les incisions de Moskowitz

1. A droite : l'orifice externe est près de l'anus ; seul le lambeau externe peut être pédiculisé.

A gauche : l'orifice externe est à distance de l'anus ; les 2 lambeaux interne et externe peuvent être pédiculisés.

2. A droite : seul le lambeau externe est amené dans la profondeur.

A gauche : les 2 lambeaux vont tapisser la paroi correspondante du creux ischio-rectal.

mande même dans les fistules complètes. Après avoir excisé la fistule et fermé l'orifice interne, il coupe un lambeau de graisse qui, dans les grands évidements peut atteindre dix centimètres de long, quatre de large, le retourne, bourre la cavité et ferme la peau.

III. CRITIQUES DE L'EXCISION.

1^o L'excision large, même amendée par l'autoplastie a été très discutée.

Certains disent qu'elle est inutilement mutilante, et prétendent qu'il est toujours très difficile, parfois même impossible d'exciser correctement et complètement les décollements secondaires avec callosités, d'ailleurs bien plutôt abcès chroniques à parois mal organisées que trajets véritables. C'est de plus inutile, écrivent-ils, tous les décollements, même le pelvi-rectal supérieur ne demandent qu'à guérir par un drainage bien fait. CHASSAIGNAC avait déjà noté à quel point on comble des décollements étendus et on régularise une fistule anale par l'installation d'une anse de drainage que le malade porte plus ou moins de temps avant l'opération définitive ; tous les décollements guérissent spontanément quand les deux conditions : drainage rationnel et fermeture de l'orifice interne sont réalisées. « La méthode de l'excision, écrit KAUFMANN, est une dangereuse exagération : pour extérioriser un orifice interne on supprime toutes les parties qui l'entourent ; c'est se donner beaucoup de mal pour chercher cet orifice et par une mauvaise voie ; opérant les lymphangites d'une carie dentaire, ferait-on la cellulectomie du cou et la résection partielle du maxillaire inférieur jusqu'à libérer la dent malade ? »

La comparaison n'est pas de mise, et cette attitude est excessive. La méthode de l'excision large a pour elle le fait qu'elle a donné, combinée à l'autoplastie cutanée des résultats remarquables à notre Maître M. GERNEZ, qu'elle est la seule raisonnable dans les fistules borgnes externes, la seule logique

dans les fistules tuberculeuses, enfin le meilleur moyen de drainer largement et d'obtenir une cicatrisation régulièrement progressive à partir du fond.

Mais ces avantages sont surtout appréciables dans les fistules complexes, et d'ailleurs sont encore accrus si on la combine avec l'abaissement de la muqueuse : dès lors deux cas doivent être envisagés :

— Fistule simple avec trajet ancien, direct, canaliculé = excision simple du trajet sans autoplastie cutanée et abaissement de la muqueuse.

— Fistule complexe avec diverticules et callosités = excision large avec autoplastie cutanée et abaissement de la muqueuse.

2° L'excision suivie de suture immédiate a deux ordres d'inconvénients.

a) la section du sphincter dans la plupart des techniques.

b) le fait qu'elle n'est guère applicable qu'aux cas simples : fistules droites, sans prolongement, sans décollement. Même dans ces cas, faire des sutures dans une région suspecte est toujours imprudent. Tout au plus pourrait-on la réserver aux fistules borgnes externes.

3° L'autoplastie graisseuse enfin ne fait qu'augmenter encore les risques de la réunion immédiate, et doit être rejetée complètement dans les fistules complètes.

D. — Transposition du trajet

— Elle a pour but de transformer la fistule extra en intrasphinctérienne.

— Plusieurs procédés ont été proposés.

1^o En Allemagne, PETERMAN excise le trajet de la fistule et suture en étage la plaie périnéale après avoir si nécessaire rempli la cavité par une greffe adipeuse, puis il incise le bord cutanéomuqueux de l'anوس, décolle la muqueuse, abaisse de un ou deux centimètres l'orifice muqueux de la fistule et place un drain dans le décollement sous-muqueux. Ce drain constitue ainsi un nouveau trajet intrasphinctérien et sous-muqueux, qu'on supprime par une incision simple au bout de trois à quatre semaines.

2^o BORPE isole les trajets fistuleux jusqu'à l'orifice interne, puis au lieu de sectionner le trajet contre le rectum, fait l'incision muco-cutanée et attire dans le décollement sous-muqueux le trajet fistuleux, sur lequel l'opérateur s'amarre pour abaisser la muqueuse ; mais, dans les cas où l'abaissement est incomplet et où persiste le segment supérieur du trajet, devenu sous-muqueux et intrasphinctérien, il l'incise secondairement par le rectum quand les plaies sont cicatrisées.

— Ces méthodes méritent d'être retenues dans les cas, très rares en vérité, où on ne pourrait abaisser l'orifice profond, mais il ne s'agit là que d'un pis-aller.

E. — Opération de Whitehead

I. PRINCIPE.

On décolle le cylindre muqueux rectal ; le segment sous-jacent abaissé et suturé à l'anus.

II. PROCÉDÉS.

1^o GROSS dit qu'en Amérique la méthode de Whitehead est courante.

2^o SIEBNER en Allemagne la complète par une autoplastie cutanée ; voici sa technique.

a) Excision et autoplastie cutanée : L'incision réalise un fer à cheval à concavité tournée vers le rectum et encadrant les différents orifices fistuleux ; tous les trajets sont excisés ; le lambeau interne est assoupli par des débridements radiés et appliqué contre le cylindre ano-rectal.

b) *Whitehead*. On pratique alors l'incision circulaire de la muqueuse à sa jonction avec la peau et on libère le fourreau muqueux ; le décollement est poursuivi assez loin de l'orifice profond afin que la muqueuse saine puisse être abaissée à l'anus et suturée après résection de la totalité du fourreau muqueux comprenant l'orifice profond.

c) L'incision initiale en fer à cheval est laissée ouverte.

3^o REHN en Allemagne également préconise aussi l'opération de Whitehead ; mais à l'encontre de SIEBNER, réduit au minimum les manœuvres sur le

trajet fistuleux, il agrandit simplement l'orifice cutané, et place une mèche vaselinée dans le trajet sans l'exciser.

III. RÉSULTATS ET CRITIQUES.

— L'opération de Whitehead donne des résultats remarquables.



FIG. 8. — Incision de SIEBNER

1. L'incision et les débridements radiés du lambeau interne.
2. La plaie après application du lambeau interne contre le cylindre ano-rectal.

— Mais les opérés de REHN, qui n'ont subi ni excision, ni autoplastie guérissent de beaucoup les plus vite : respectivement dans les cas cités 45, 20, 15 et 28 jours. Ceci prouve bien que l'orifice interne est la cause essentielle de la persistance de la fistule et de plus que l'excision très large avec autoplastie est souvent plus que mutilante et inutile ; elle fait perdre du temps.

D'autre part, le Whitehead complet est excessif ; l'abaissement de la muqueuse est non seulement tout aussi efficace quand le décollement porte sur le tiers ou sur la moitié de la circonférence anale

comme dans l'opération de ROBLES-Cunéo-PICOT, mais aussi moins dangereux, puisqu'il n'y a à craindre ni rétrécissements parfois très tardifs, ni prolapsus.

F. — Anus iliaque et excision

RUDOLFSKY, en Allemagne, est allé jusqu'à affirmer la nécessité de mettre au repos absolu la fistule par une colectomie préalable. Il établit d'abord un anus iliaque gauche ; dans un deuxième temps, il pratique une excision avec autoplastie type MOSKOWICZ ; dans un troisième temps, quand la peau est cicatrisée, il ferme l'anus.

Il est inutile d'insister sur ce qu'a d'excessif cette méthode.

CHAPITRE IV

L'EXCISION AVEC ABAISSEMENT DE LA MUQUEUSE

I. — Exploration de la fistule

Avant d'entreprendre le traitement, il importe de bien préciser le trajet de la fistule, le siège de l'orifice interne, le nombre et l'étendue des décollements.

Pour faire cette exploration, de multiples moyens seront mis en œuvre :

Le *cathétérisme* des trajets par une fine bougie, mieux que par une sonde canelée.

La *rectoscopie*.

M. Louis BAZY conseille l'*exploration radiologique* : pour cela il place dans l'orifice cutané une fine sonde urétérale dans laquelle il injecte du Ténébryl, ce qui permet de se faire une idée visuelle et précise de tous les diverticules ; pour préciser le

siège et la hauteur exacte de la lésion rectale, il a préalablement le soin d'introduire par l'anús une sonde remplie de petites rondelles de plomb d'une hauteur de un centimètre.

Pratiquement *l'injection de bleu de méthylène* sur la table d'opération est plus simple et donne des renseignements supérieurs.

II. — Préparation du malade

L'avant-veille de l'opération, le malade sera purgé et soumis à un régime de féculents, de pâtes, de confitures.

La veille de l'opération, on lui donne encore un laxatif, dans la soirée, on lui fait un grand lavage d'intestin et il est classique de le constiper par des pilules d'extrait thébaïque.

III. — Anesthésie

M. PICOT conseille vivement la rachi-anesthésie qui a le grand avantage de relacher le sphincter : l'anús est alors spontanément ouvert et béant, et par suite de cette hypotonicité, la dilatation anale se fait avec la plus grande facilité, sans faire saigner et sans déchirer la muqueuse ».

A ceux qui craignent les échecs par défaut ou les accidents par excès de la rachi-anesthésie, on peut recommander la technique suivante utilisée en Belgique et que nous a apprise M. W. DUBOUCHET :

ponction lombaire en décubitus dorsal et injection de la solution en quantité inférieure à la dose normale ; on laisse en place l'aiguille et on l'obture avec le mandrin ; si l'exploration de la sensibilité cutanée indique au bout de quelques minutes une anesthésie suffisante, retirer l'aiguille, sinon augmenter progressivement la dose jusqu'à ce qu'on obtienne une anesthésie parfaite ; on est sûr par cette technique d'injecter la quantité minima, suffisante et nécessaire.

IV. — Position

Le malade sera placé en position gynécologique, les cuisses relevées, la région coccygienne dépassant le rebord de la table et un peu basculée, de façon à relever le périnée.

V. — Principes généraux de la technique

HISTORIQUE DU PROCÉDÉ

C'est sans nul doute à M. ROBLES que revient le mérite d'avoir le premier conseillé l'abaissement de la muqueuse rectale. M. le Professeur CUNÉO écrit en effet : « Il est indiscutable que dans un premier travail antérieur à celui de M. PICOT, M. ROBLES ait préconisé l'abaissement de la muqueuse ». Malheureusement, la communication de ROBLES ne parut qu'après le travail de M. PICOT.

C'est M. PICOT en effet qui a fait connaître le premier la technique, et il ignorait tout des tentatives antérieures quand il la décrivit à son tour, ainsi qu'il résulte de ses propres paroles ; « Lorsque j'ai publié le procédé d'abaissement de la muqueuse rectale dans la cure chirurgicale des fistules extra-sphinctériennes, j'ignorais que mon ami ROBLES s'était occupé de la question et ait décrit ce temps capital, l'abaissement de la muqueuse rectale. »

D'autre part M. J. Ch. BLOCH nous a laissé clairement entendre que M. le Professeur CUNÉO utilisait déjà bien auparavant cette technique.

En définitive, il semble qu'il faille associer les trois noms et étiqueter procédé de CUNÉO-ROBLES-PICOT, l'abaissement de la muqueuse.

PREMIER TEMPS : *désinfection, dilatation, cathérisme*. Désinfection du périnée au savon liquide, puis à l'éther. Dilatation anale très douce, très légère, sans rien déchirer ; c'est capital, une dilatation trop brutale et excessive risque de rompre le trajet.

Désinfection ano-rectale minutieuse et patiente au savon liquide, puis à l'éther, on doit lui consacrer au moins cinq minutes tant elle est importante, aussi importante que l'acte chirurgical lui-même, dit LOCKHART-MUMMERY.

Cathéteriser le trajet à partir de l'orifice externe, non avec un stylet ou une sonde canelée, moyens trop brutaux et susceptibles de créer une fausse-route, mais avec une fine bougie de gomme (CUNÉO).

Placer dans le rectum deux valves étroites et repérer l'orifice interne d'où émerge la bougie ; poser au-dessus de lui, sur la muqueuse une pince de Chaput.

Si la bougie ne franchit pas l'orifice interne, ne pas forcer c'est qu'elle s'est engagée dans un diverticule extra-rectal ou bien file dans le décollement sous-muqueux au-dessus de l'orifice interne, et bien souvent on croit alors celui-ci très haut, inaccessible même ; il n'en est rien, et si l'on ne trouve pas l'orifice interne, c'est qu'en règle générale on le cherche trop haut. Ce qu'il faut faire alors, c'est vérifier minutieusement la muqueuse rectale particulièrement aux points d'élection de la perforation rectale : zone des valvules de Morgagni, sur la ligne médiane postérieure. On verra là tantôt sourdre une gouttelle de pus, tantôt des granulations ; dans certains cas difficiles l'injection colorée peut rendre de grands services. L'orifice interne ainsi démasqué, on dirige la bougie vers lui, ou mieux, comme le conseille BUÏE, on commencera le cathétérisme par l'orifice interne.

Quoiqu'il en soit, le trajet est cathétérisé, les deux valves rectales temporairement enlevées, on peut passer au deuxième temps.

DEUXIÈME TEMPS : *Excision du trajet cutanéomuqueux.*

On le fera de préférence au bistouri électrique.

Tracer d'abord une incision cutanée circonscri-

vant au passage l'orifice externe, puis on dissèque la collerette cutanée qu'une ou deux pinces de Chaput rabattent sur la bougie en mordant sur la gomme solidarissant ainsi étroitement fistule et bougie et facilitant grandement la dissection.

Dès lors on poursuit jusqu'au rectum la libération de la fistule ainsi chargée en évitant toute traction trop forte et en clivant plutôt, comme le conseille M. le Professeur CUNÉO la fosse ischio-rectale par rapport à la fistule, que la fistule par rapport à la fosse ischio-rectale ; c'est relativement facile si le champ opératoire est largement et convenablement exposé par deux écarteurs mousses de Wolkmann.

Parfois au niveau de l'orifice profond on tombe sur un nodule fibreux ; il est alors indiqué de l'exciser. Finalement le trajet est entièrement enlevé de l'orifice cutané à l'orifice rectal.

TROISIÈME TEMPS RECTAL : Le temps périnéal d'excision du trajet étant ainsi achevé, on peut passer au temps rectal d'abaissement de la muqueuse.

1^o *Décollement.* — D'abord on circonscrit au bistouri une partie de la circonférence anale à la jonction muco-cutanée, et les ciseaux mousses procèdent ensuite au décollement du lambeau muqueux. Mais si on veut l'abaisser facilement et sans trop de traction, le décollement doit être très étendu et selon la circonférence, et selon la hauteur :

— selon la circonférence, puisqu'il doit en intéresser :

— le $\frac{1}{3}$ quand l'orifice rectal est bas ;

— les $\frac{3}{5}$ quand il est haut ;

— la $\frac{1}{2}$ en général ;

— en hauteur, puisqu'il doit dépasser largement autant que possible l'orifice profond de la fistule.

2^o *Fermeture de l'orifice profond.* — En soulevant le lambeau muqueux on aperçoit l'orifice profond de la fistule. On peut alors comme le conseille M. PICOT fermer cet orifice par un catgut passé en bourse et dont un chef peut ensuite être faufilé dans la sous-muqueuse à la limite du décollement, amarrant ainsi la paroi supérieure du lambeau muqueux.

3^o *Suture du lambeau muqueux.* — La partie du lambeau située au-dessous de l'orifice de la fistule est réséquée et le segment sus-jacent suturé à la peau de l'anus par des points séparés de catgut. Il est commode de poursuivre en même temps ce double travail de résection et de suture, ainsi que l'indique la figure IV.

QUATRIÈME TEMPS : *Méchage.* Le trajet d'excision est tamponné par une mèche de gaze antiseptique.

VI. — Cas particuliers

La technique générale précédemment décrite subit quelques variantes selon les cas.

A. — Le nombre des orifices cutanés, leur siège, leur décalage par rapport à l'orifice rectal commandent l'étendue et le sens de l'incision cutanée qui doit être orientée vers la verticale de l'orifice interne, afin de poursuivre facilement l'excision du trajet vers l'orifice rectal et de permettre le drainage rationnel, c'est-à-dire le plus direct et le plus court à partir de l'orifice interne.

1^o Envisageons d'abord les fistules à un seul orifice cutané.

PREMIER CAS. — Orifices cutané et rectal tous deux latéraux et du même côté = c'est le cas le plus schématique, mais le plus rare.

L'incision sera alors antéro-postérieure dans le sens de la fosse ischio-rectale et longue pour ouvrir largement la fosse ischio-rectale (KAUFMANN reproche à l'incision antéro-postérieure la section du nerf anal et préfère l'incision radiée perpendiculaire au sphincter ; mais cette dernière expose beaucoup moins bien la région et d'autre part la section nerveuse unilatérale est sans grand inconvénient).

Le drainage rationnel sera latéral, comme était l'orifice interne.

DEUXIÈME CAS. — Orifice cutané latéral et orifice rectal médian postérieur.

C'est le cas le plus fréquent. Il est inutile alors de poursuivre l'incision très en avant de l'orifice

cutané ; en revanche il faut la prolonger et la recourber en arc de cercle vers la ligne médiane postérieure puisque c'est dans cette direction que conduit le trajet.

Le drainage sera médian postérieur comme était l'orifice rectal.

TROISIÈME CAS. — Orifices cutané et rectal médians ou paramédians postérieurs.

Incision rétro-anale en fer à cheval à concavité antérieure.

Drainage médian postérieur.

QUATRIÈME CAS. — Orifice cutané en avant de la ligne pré-anale et orifice rectal médian antérieur.

Incision préanale à concavité postérieure.

Drainage médian antérieur.

CINQUIÈME CAS. — Orifice cutané d'un côté, orifice rectal du côté opposé. C'est un cas rare.

Le trajet décrit un demi-spire autour du rectum pour s'ouvrir dans la fosse ischio-rectale opposée.

Incision en fer à cheval partant de l'orifice cutané dans la direction de l'orifice rectal.

Drainage dans le plan de l'orifice rectal.

2^o Les fistules à orifices cutanés multiples peuvent schématiquement être ramenées à deux cas :

PREMIER CAS : Les orifices cutanés sont tous du même côté.

L'incision doit d'abord réunir les différents orifices cutanés et permettre ainsi l'excision des trajets secondaires, puis le trajet principal conduisant à l'orifice rectal est excisé à son tour après avoir, si nécessaire prolongé l'incision dans le sens que commande la situation de l'orifice rectal.

Drainage dans le plan de l'orifice rectal.

DEUXIÈME CAS : Il y a des orifices cutanés à la fois à droite et à gauche.

Dans ce cas le trajet principal médian ou paramédian se bifurque en deux trajets secondaires qui divergent et s'ouvrent chacun de leur côté par un ou plusieurs orifices latéro-anaux : c'est la classique fistule en fer à cheval.

Alors l'incision en fer à cheval à concavité tournée vers le rectum réunit les orifices cutanés extrêmes ; on excise les trajets secondaires dont la convergence conduit vers le trajet principal qui est à son tour excisé.

Drainage dans le plan de l'orifice rectal, donc médian.

B. — Le nombre, l'étendue et le sens des décollements commandent les modalités du temps péri-néal.

Deux cas schématiques peuvent être opposés :

1^o Les fistules à trajet simple et bien organisé.

— l'excision complète, facile s'impose.

— on peut tenter la suture immédiate ; il est plus prudent de mécher et ce drainage ne pourra

que gagner à être rationnel, c'est-à-dire sur la verticale de l'orifice interne.

— Il est inutile de compléter l'excision par une autoplastie cutanée.

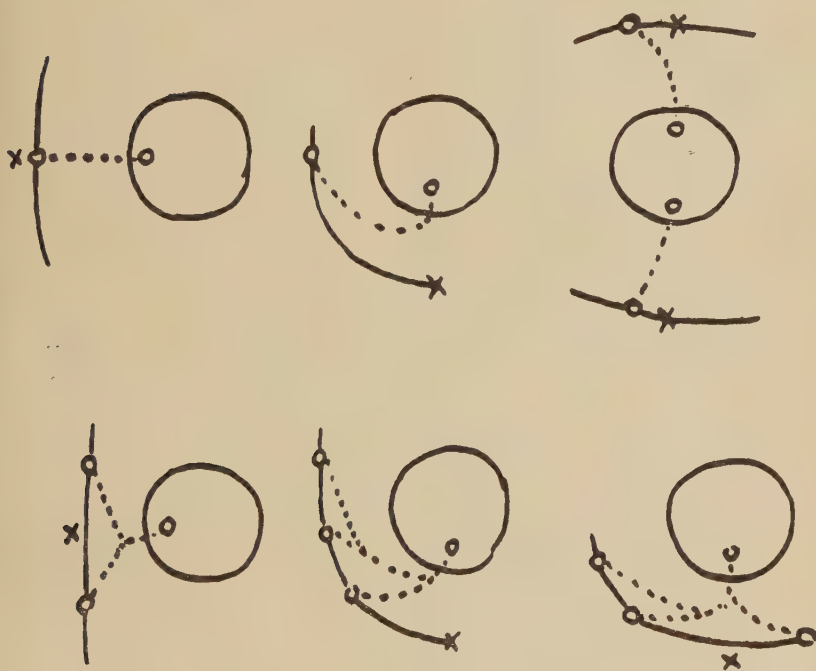


FIG. 9.

- En pointillé : le trajet de la fistule.
- En traits pleins : l'incision.
- La X indique le plan de la mèche dans le drainage rationnel.

2° Les fistules complexes avec décollements multiples et callosités.

— L'excision doit être aussi large que possible, mais dans certains cas elle est impossible, soit qu'il

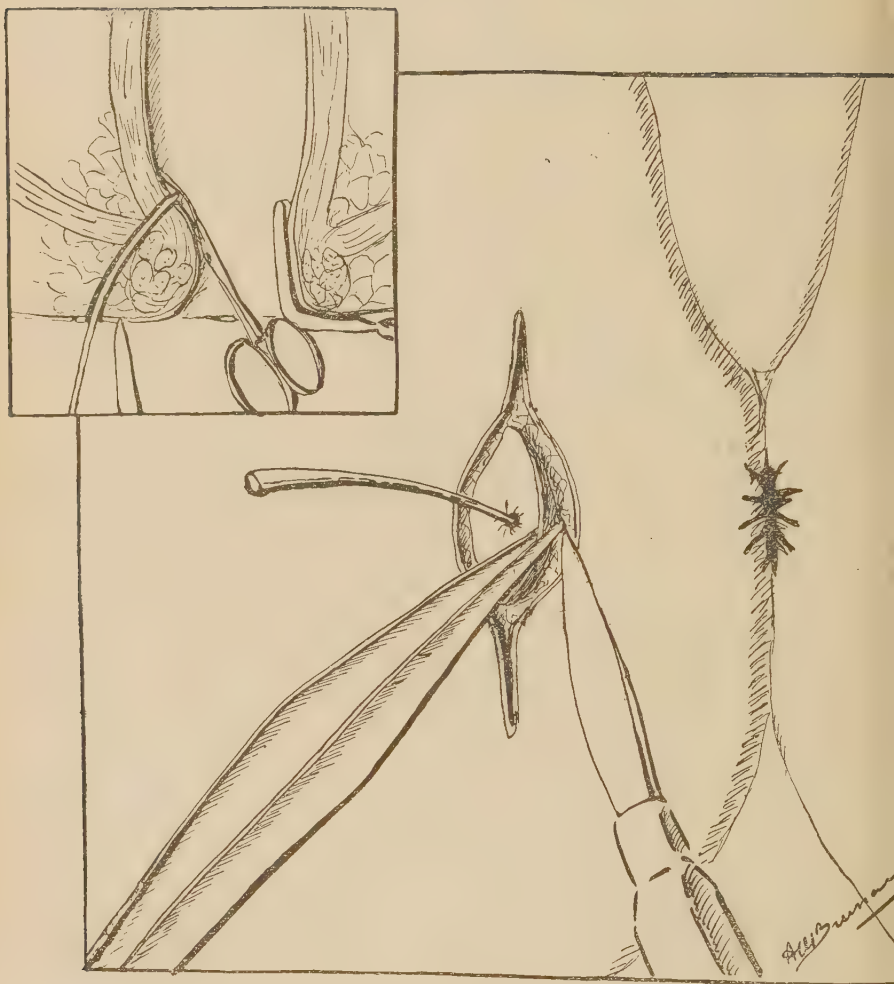


PLANCHE I

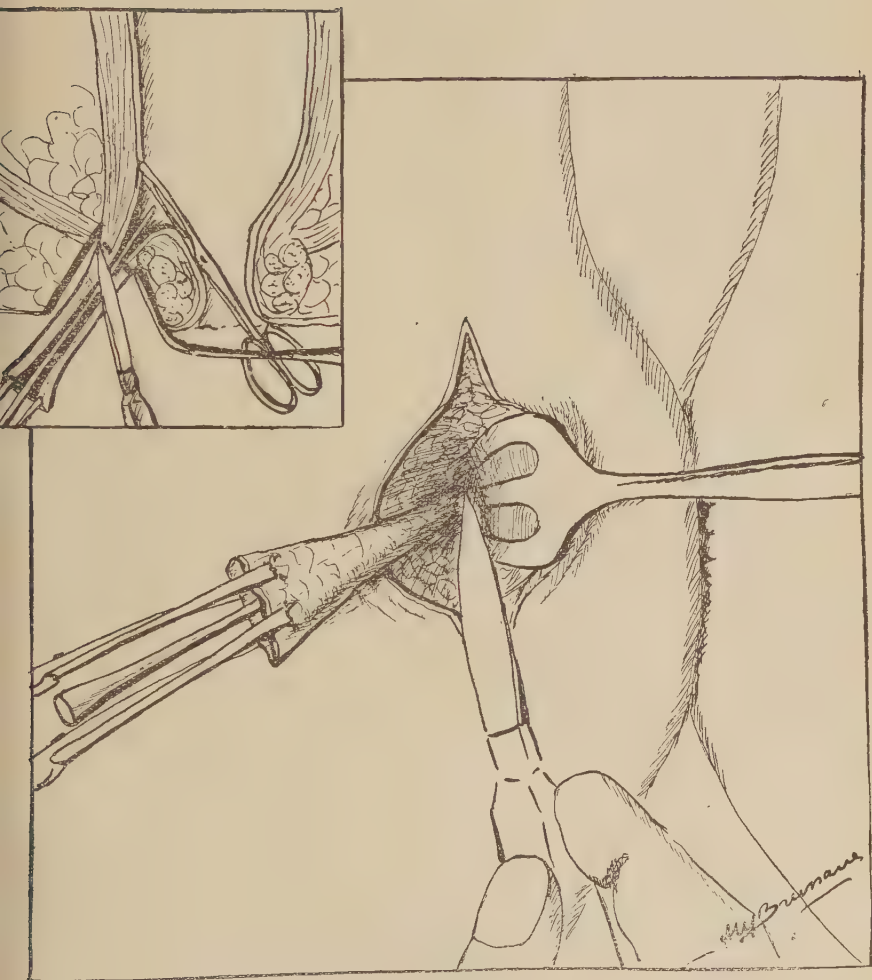


PLANCHE II

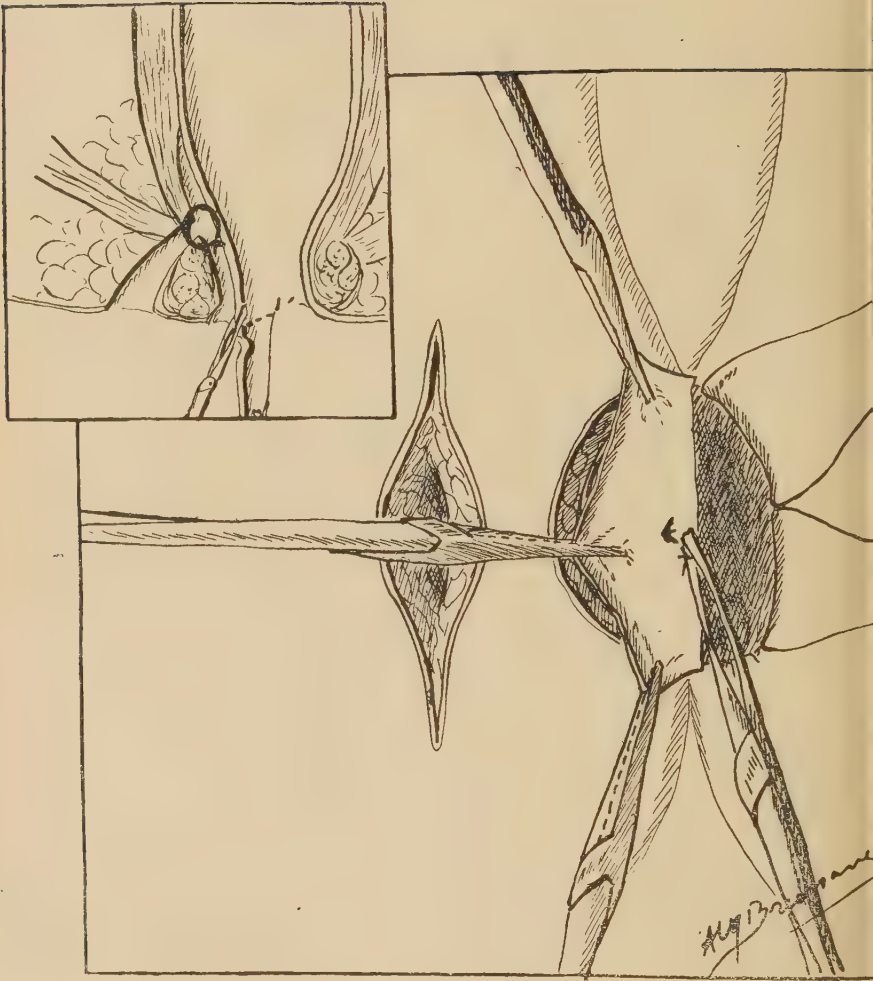


PLANCHE III

s'agisse de cavernes d'abcès chroniques plutôt que de trajets véritables, et on se contentera alors de curetter les parois, soit qu'il existe un décollement pelvi-rectal supérieur, et il suffira alors de le dilater et de le drainer ; il guérira si le trajet principal est excisé, si l'orifice interne est supprimé, et si le drainage est correct.

— La suture immédiate dans ces cas complexes est à rejeter formellement ; elle est d'ailleurs le plus souvent impossible si une grande partie de la graisse ischio-rectale a été supprimée ; à plus forte raison si des opérations ont déjà été faites et s'il existe une grande quantité de tissu cicatriciel.

— En revanche ces cas bénéficieront grandement d'une autoplastie cutanée type GERNEZ ou MOSKOWICZ.

C. — Le siège en hauteur de l'orifice rectal, la présence ou non de tissu scléreux dictent les modalités du temps rectal.

1^o En règle générale l'orifice rectal est assez bas pour permettre l'abaissement facile de la muqueuse, et de fait, celui-ci fut possible 21 fois sur 23 fistules ; HARTMANN de son côté dit avoir toujours pu la réaliser.

2^o Dans les cas très rares où cependant l'abaissement s'avère impossible quelle conduite adopter ?

a) M. CUNÉO, dans un cas, a avec succès pratiqué l'excision d'un lambeau muqueux triangulaire à base supérieure comprenant l'orifice interne, puis disséqué au-dessus un lambeau autoplastique de

muqueuse saine qu'il a abaissé de manière à recouvrir de bonne muqueuse la région suspecte.

b) M. BOPPE attire dans le décollement le trajet fistuleux sur lequel il s'amarre pour abaisser la muqueuse ; si l'abaissement malgré tout reste incomplet, et s'il persiste une portion de l'ancien trajet devenu intrasphinctérien et sous-muqueux, il suffit d'inciser secondairement ce dernier par le rectum.

c) M. J. CH. BLOCH s'est contenté dans un cas d'exciser un lambeau muqueux triangulaire à sommet répondant à l'orifice interne à base anale, mais le résultat fut incomplet.

d) Dans un cas nous avons simplement placé une anse à drainer sous-muqueuse parcourant le décollement, traversant l'orifice interne muqueux et sortant par l'anus ; quand la plaie externe a été cicatrisée, il nous a suffi d'inciser par le rectum la fistule devenue intrasphinctérienne et dont d'autre part l'orifice interne s'était notablement abaissé.

D. — *Le caractère borgne externe ou interne de la fistule* influe également sur la conduite à tenir.

1^o La fistule borgne interne sera d'abord transformée en fistule complète. Pour cela une sonde cannelée sera introduite dans la fistule par l'orifice rectal, sa pointe sera saillie sous la peau qui sera coupée.

Dès lors l'opération est conduite comme pour une fistule complète.

2^o Il est excessif en revanche de transformer une

fistule borgne externe en complète, et inutile dans ces cas de pratiquer un abaissement de la muqueuse. Mais il faudra faire une incision cutanée grande, large, béante, ouvrir et exciser largement les trajets, et, s'il y a un décollement pelvi-rectal supérieur, le dilater et le drainer ; laisser finalement une plaie en entonnoir à base superficielle ; il sera aavntageux dans ces cas de terminer par une autoplastie cutanée type GERNEZ ou MOSKOWICZ.

Mais il importe de savoir que si la fistule est dite borgne externe à tort, l'échec est fréquent, et il n'est pas rare de trouver plus tard complète une fistule qui lors de l'opération avait paru borgne externe ; aussi faut-il ne se résoudre à dire fistule borgne externe et à la traiter comme telle que lorsque tous les examens, stylet, anoscope, injections colorées auront montré l'absence de communication rectale.

E. — Un dernier problème se pose enfin : faut-il opérer les *fistules des tuberculeux* ?

HARTMANN a édité à ce sujet des règles sages et prudentes, et conseille de tenir grand compte de la température.

On peut schématiser ainsi la conduite à tenir :

1^o S'il y a de la fièvre et si l'état local ne permet de soupçonner aucune rétention septique, il faut s'abstenir, car il y a probablement ailleurs une poussée évolutive de tuberculose.

2^o S'il y a de la fièvre et s'il y a des signes locaux faisant penser à une rétention, il faut intervenir,

mais chez un tuberculeux avancé, réduire l'intervention au minimum, en se bornant à assurer l'écoulement des liquides et à supprimer toute rétention de pus.

3^o S'il n'y a pas de fièvre ou si l'état local suffit à expliquer celle-ci, il faut au contraire chez un tuberculeux résistant, avec bon état général, une intervention large excisant très complètement les tissus pathologiques.

VII. — Soins Post-Opératoires

La mèche et le pansement seront changés tous les jours par le chirurgien lui-même.

Le malade sera maintenu constipé pendant six jours à l'aide de pilules d'opium ; mais dès le quatrième, on lui donnera de l'huile de paraffine à hautes doses de façon à éviter l'action traumatique des scyballes ; il sera purgé le huitième ou le neuvième jour.

VIII. — Résultats de nos Observations

1^o Nous avons déjà indiqué que de janvier 1931 à avril 1935 30 fistules extra-sphinctériennes furent opérées dans le service de M. le Professeur CUNÉO.

— Parmi ces fistules, 16 furent traitées par l'abaissement de la muqueuse qui fut facile dans 15 cas, incomplet dans un cas ; 13 furent traitées par l'excision simple, une par excision avec autoplastie cutanée type Gernez.

— Nous avons pu retrouver 7 cas traités par l'abaissement, 6 cas traités par l'excision, or l'abaissement a donné 7 succès sur 7, l'excision 3 sur 6.

— Dans cette première série d'observations de 1 à 7, tous les succès furent constatés avec un recul suffisant, allant de six mois à quatre ans.

2^o A ces 7 observations nous en ajouterons quatre autres obligeamment communiquées par M. J. Ch. BLOCH, et suffisamment anciennes pour pouvoir être jugées. Nous trouvons trois succès du premier coup ; dans le quatrième cas, la fistule a récidivé et nécessité deux opérations itératives.

3^o Nous aurons la faiblesse d'y ajouter trois observations personnelles, en réalité bien récentes, parmi lesquelles deux fois l'abaissement fut facile et efficace, une fois impossible nous obligeant à recourir à une technique autre.

4^o En résumé :

sur 23 cas, l'abaissement fut facile et possible 21 fois ; dans deux cas, le tissu cicatriciel reliquat d'interventions antérieures rendit impossible le décollement.

sur ces 23 cas, 13 purent être retrouvés, et sur ces 13 fistules suivies, nous trouvons 12 succès du premier coup.

5^o La cicatrisation a demandé pour être complète entre trois semaines et six mois, en moyenne 70 jours ; mais nous pensons que la mise en œuvre du drainage rationnel permettra dans bien des cas de réduire singulièrement le temps de cicatrisation.

OBS. n° 1. — M. G..., 18 ans (Docteur J. Ch. BLOCH).
Opération le 15/10/31.

Fistule borgne interne, s'ouvrant en arrière et communiquant en fer à cheval avec les deux fosses ischio-rectales.

Ouverture des deux fosses et drainages.

Résection de la muqueuse et abaissement.

Cicatrisation très lente, mais complète en six mois.

Revu sans récurrence quatre ans après.

OBS. n° 2. — M. R..., 59 ans (Docteur J. Ch BLOCH).
Opération le 19/11/31.

Excision du trajet, résection et abaissement de la muqueuse.

Cicatrisation complète en trois mois.

Revu sans récurrence quatre ans après.

OBS. n° 3. — M. P..., 32 ans (Docteur SÉNÈQUE).

Opéré quatre fois en 15 ans.

Opération le 6-7/32, sous rachianesthésie.

Excision du trajet, résection et abaissement de la muqueuse.

Cicatrisation en un mois.

Revu sans récurrence trois ans après.

OBS. n° 4. — M^{me} J... 22 ans (Docteur Jean GOSSET).

Fistule extra-sphinctérienne, l'orifice interne est peu profond.

Opération le 12/8/32.

Dissection complète du trajet sur une sonde cannelée et ablation. On dissèque la muqueuse qu'on abaisse et fixe par quelques catguts.

Mèche iodoformée dans le trajet excisé.

Sort le 30/8/32.

Cicatrisé fin septembre 32, donc deux mois et demi après.

Guérie sans récurrence en 1935.

OBS. n° 5. — M. H..., 28 ans (Docteur MARX).

Opéré déjà plusieurs fois.

L'orifice cutané est à 8 h, le trajet file en dedans vers la paroi postérieure du rectum.

Opération le 31/7/32.

Excision du trajet.

Résection et abaissement de la muqueuse.

Sort le 27/9/33.

Cicatrisé complètement en octobre 33.

Revu sans récurrence deux ans et demi après l'intervention.

OBS. n° 6. — M... 31 ans (M. le Professeur CUNÉO).

Opération le 8/1/34.

Dissection du trajet, résection et abaissement de la muqueuse.

Mèche sans fermeture.

Sort le 3/2/34.

Cicatrisé fin février 34, donc en deux mois.

Guéri sans récurrence en 1935.

OBS. n° 7. — M. L..., 45 ans (M. le Professeur CUNÉO).

Opération le 27/3/35 sous rachianesthésie.

Fistule extra-sphinctérienne droite présentant un segment vertical s'enfonçant de quatre centimètres dans la fosse ischio-rectale sur lequel se branche à mi-hauteur un deuxième trajet horizontal s'ouvrant sur la ligne médiane postérieure du canal anal, à deux centimètres au-dessus de l'anus. Le segment horizontal du trajet n'a pu être trouvé et cathétérisé que par l'orifice rectal.

Excision du trajet, résection et abaissement de la muqueuse.

Cicatrisation complète en deux mois.

Revu guéri en décembre 1935.

OBS. n° 8. — M^{me} G... 32 ans (Docteur J. Ch. BLOCH).

Fistule extra-sphinctérienne droite consécutive à un abcès ischio-rectal suite d'accouchement.

Le 18/10/27.

Opération de CUNÉO-ROBLES-PICOT sous anesthésie

générale à l'éther.

Mèche dans le trajet. Pansement tous les jours.

Suppression de la mèche au début de janvier.

Cicatrisation lente, mais complète en février.

Revue le 5/4/28, complètement cicatrisée.

OBS. n° 9. — M^{lle} R... (Docteur J. Ch. BLOCH).

Fistule extra-sphinctérienne siégeant au niveau de la région recto-vaginale.

Opération de CUNÉO le 15/6/29, sous anesthésie générale à l'éther. Pansement à plat.

Cicatrisation en trois semaines sans incident.

OBS. n° 10. — Dr F... 35 ans (Docteur J. Ch. BLOCH).

Fistules extra-sphinctérienne opérée quatre fois à l'étranger sans succès.

Le 3/7/29 :

opération de CUNÉO-ROBLES-PICOT sous anesthésie générale à l'éther.

Evidement des trajets fistuleux; abaissement de la muqueuse et résection d'une valvule.

Pansements à plat réguliers.

Cicatrisation complète en quatre mois.

OBS. n° 11. — M. C... 43 ans (Docteur J. Ch. BLOCH).

Le 15/2/32 : Incision antéro-postérieure sous anesthésie générale à l'éther d'un phlegmon ischio-rectal.

Mèche, pansements réguliers.

Sort le 29/2/32.

Persistance d'une fistule.

Le 29/2/32 : Opération de CUNÉO-ROBLES-PICOT sous anesthésie générale à l'éther.

Pansements réguliers jusqu'au 2/6/32.

Cicatrisation presque complète, mais persistance d'une fistule qui aboutit très près du sphincter.

Le 25/10/32 : Deuxième intervention sous anesthésie générale.

Dissection du trajet fistuleux qui aboutit très près de l'anus mais impossibilité de faire un nouvel abaissement.

Incision de la muqueuse anale jusqu'à l'orifice interne et cautérisation.

Suture étagée de la plaie externe ; mise à plat sous mèche de la tranchée muqueuse sous-jacente à l'orifice interne.

Persistance d'une petite fistule encore abaissée passant à travers quelques fibres du sphincter.

Le 6/3/33 : Troisième intervention : mise à plat du trajet avec section d'une partie inférieure du sphincter.

Pansement à plat.

Cicatrisation complète en un mois.

Revu en décembre 35 complètement guéri.

OBS. n° 12. — M. M... 52 ans (BLANQUINE).

Opéré déjà trois fois.

Fistule extra-sphinctérienne avec orifice rectal à 6 heures à trois centimètres, décollement sous-muqueux remontant sur trois centimètres au-dessus de l'orifice rectal ; orifice cutané à 8 heures, à la partie postérieure de l'ancienne cicatrice, cachée et surplombée par la saillie

énorme de l'ancien lambeau interne, formant un véritable bourrelet.

Opération le 12/7/35.

Excision du trajet, mais il est impossible de décoller la muqueuse et de l'abaisser ; très adhérente, elle se déchire constamment ; on se contente alors de forer un trajet sous-cutané-muqueux qui perfore la paroi rectale à la limite supérieure du décollement sous-muqueux ; on ramène quatre crins dont on noue les extrémités de manière à constituer une anse sous-cutané-muqueuse.

Fermeture en étage de la plaie périnéale qui cicatrise complètement en quinze jours. A ce moment l'orifice interne s'est abaissé de près de deux centimètres et il ne persiste plus qu'un court trajet sous-muqueux qu'on incise et met à plat.

Cicatrisation en douze jours.

Guérisson contrôlée en décembre 1935.

OBS. n° 13. — M. S..., 38 ans (BLANQUINE).

Opéré déjà une fois.

Fistule avec deux orifices cutanés, à 10 et à 8 heures ; orifice rectal à 9 heures et à trois centimètres, décollement extra-rectal remontant en haut et en arrière sur 7 centimètres.

Opération le 12/7/35, sous rachianesthésie.

Longue incision antéro-postérieure droite.

Excision de la fistule et dilatation du décollement supérieur.

Résection et abaissement de la muqueuse.

Autoplastie cutanée rabattant le lambeau cutané interne contre le cylindre anal.

Un gros drain dans le décollement supérieur.

Pansements tous les jours en raccourcissant progressivement le drain.

Cicatrisation complète en 70 jours.

Guérison contrôlée en décembre 1935.

OBS. n° 14. — M. D..., 31 ans (BLANQUINE)

Opéré déjà deux fois.

Fistule extra-sphinctérienne avec orifice cutané à 4 heures, orifice rectal à 6 heures à deux centimètres.

L'anuscope a montré cet orifice rectal sous forme d'une ulcération atone siégeant au-dessus d'un bouquet hémorroïdaire, en dépliant cette ulcération on voit sourdre une gouttelette de pus ; le stylet s'engageant sous les bords de l'ulcération explore un décollement circulaire mesurant un centimètre de diamètre ; au centre du décollement le stylet trouve accès dans le trajet, mais ce n'est qu'après quelques tâtonnements qu'on parvient à lui faire franchir l'orifice externe.

Opération le 27/5/35.

Incision partant de 4 heures, se dirigeant jusqu'à 6 heures

Excision du trajet. Résection et abaissement de la muqueuse on est gêné par quelques ampoules hémorroïdaires.

Mèche dans le plan sagittal médian postérieur.

Pansements à l'alcool tous les jours.

Cicatrisé complètement en un mois.

Guérison contrôlée cinq mois après.

CONCLUSIONS

I. — Étiologie

1^o Les fistules extra-sphinctériennes sont relativement fréquentes, puisque nous avons pu en relever 30 cas en quatre ans à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

2^o Elles sont exceptionnelles au-dessous de 20 ans, particulièrement fréquentes entre 20 et 40 ans.

3^o Elles sont deux fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme.

4^o La constitution de la fistule passe par plusieurs stades :

a) Lésion initiale :

— elle est souvent muqueuse, et il faut notamment incriminer l'infection des cryptes de Morgagni, particulièrement riches en tissu lymphoïde ;

— il faut réserver aussi une place importante aux lésions cutanées notamment aux folliculites qui seules peuvent rendre compte de l'influence de l'âge et du sexe.

— Enfin dans certains cas il faut incriminer une phlébite hémorroïdaire.

— Mais qu'elle soit anale ou extra-anale, la porte d'entrée est souvent minime ou guérie et de toutes façons souvent méconnue.

b) Abscesses :

1^o Quand le point de départ est muqueux, deux éventualités sont possibles :

— ou bien se constitue d'emblée un abcès sous-muqueux ; celui-ci est en général à l'origine d'une fistule intra-sphinctérienne ; il est rare qu'il s'insinue en bouton de chemise de dedans en dehors à travers la musculuse rectale et soit à l'origine d'une fistule extra-sphinctérienne.

— ou bien l'infection s'étend par voie lymphatique et donne en règle un abcès ischio-rectal, rarement pelvi-rectal supérieur ou rétro-rectal. Ces abcès tendent d'une part à s'ouvrir à la peau, d'autre part à perforer de dehors en dedans la musculuse rectale, à créer un décollement sous-muqueux et finalement à effondrer la muqueuse rectale.

2^o Quand le point de départ est cutané, deux cas sont à considérer :

— ou bien l'infection est juxta-anale ; elle reste limitée et est à l'origine d'une fistule sous-cutanéomuqueuse.

— ou bien elle est à distance de l'anus, elle envahit facilement alors la fosse ischio-rectale et donne une fistule extra-sphinctérienne.

c) Fistule :

La persistance de la fistule s'explique avant tout par celle de l'orifice interne. Les autres facteurs

classiquement incriminés sont accessoires ; la tuberculose notamment n'a été si souvent invoquée que pour excuser un échec ou justifier une abstention.

II. — Anatomie pathologique

1^o Il est excessif de séparer complètement fistules ischio-rectales et pelvi-rectales supérieures ; les fistules ischio-rectales en effet présentent forcément un court trajet dans l'espace pelvi-rectal supérieur puisque le releveur s'insère sur le sphincter externe.

2^o On peut schématiquement distinguer trois types :

a) en règle général, il s'agit de fistule intersphinctérienne où le trajet s'insinue entre sphincter externe et interne et débouche bas, c'est-à-dire dans le canal ano-rectal, au niveau de la ligne festonnée ano-cutanée et de plus le plus souvent sur la ligne médiane postérieure : il existe là un véritable point faible de la paroi rectale.

b) Exceptionnellement c'est une fistule sus-sphinctérienne où le trajet passe au-dessus du sphincter interne, et débouche haut, c'est-à-dire dans l'ampoule.

c) Parfois c'est une fistule transsphinctérienne consécutive en général à une phlébite hémorroïdaire, et où le trajet passe à travers le sphincter externe.

3^o Le fait essentiel à retenir est que l'orifice interne est pratiquement toujours assez bas pour être accessible.

III. — Traitements médicaux

1^o La Radiothérapie échoue dans presque tous les cas et de plus chez la femme laisse une aménorrhée presque toujours définitive.

2^o Les injections sclérosantes, si elles sont efficaces dans les fistules d'origine parenchymateuse, échouent toujours dans les fistules anales dont l'origine est un viscère creux ; de plus, elles sont dangereuses.

IV. — Traitement chirurgical

Parmi les traitements chirurgicaux, il faut donner la préférence à l'excision du trajet avec abaissement de la muqueuse.

— Il est facile, puisque la muqueuse a pû être abaissée 21 fois sur 23 cas.

— Il est sans danger, puisqu'on respecte le sphincter.

— Il est sûr, puisque nous trouvons 12 succès sur 13, contrôlés avec un recul d'au moins six mois.

Il comporte trois temps :

— excision du trajet,

— décollement, résection et abaissement de la muqueuse,

— drainage : ce drainage aura avantage à être fait dans le plan de l'orifice interne, et de plus, dans les fistules complexes, sera grandement facilité par une autoplastie cutanée type GERNEZ ou MOSKOWICZ.

Vu : Le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
CUNÉO,

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris ;
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

(A partir de 1919)

- ALLEN (J. H.) et HASKELL (B.). — Two-stage operation. *Surg. Gynecol. and Obst.*, mars 1934, 58, 651.
- ANTOINE (E.). — Les injections de fuchsine et de bleu de méthylène dans le traitement des fistules ano-rectales. *Médecine*, juillet 1934, 5, 805.
- AVILA (S. d'). — Traitement chirurgical. *Rev. Bras. de Cir.*, nov. 1934, 2, 481.
- BENSAUDE (R.) MARCHAND (J. H.) et KIMPEL (J.). — Radiothérapie des fistules anales. *Paris Méd.*, avril 1932, I, 303.
- BERRY (F. B.). — Perianal tuberculosis. *Am. Surg.*, avril 1934, 99, 593.
- BONNEAU (R.). — Injections interstitielles de liquide de Zichl dans les fistules invétérées de l'anus. *Jour. des Praticiens*, janvier 1929.
— Traitement chirurgical. *Paris Chirurgical*, janvier 1926.
- BRICKNER (W. M.). — Helpful expedient in fistula operation. *Amer. J. Surg.*, février 1920, 34, 23.
- BUIE (L. A.). — Fistulectomy, *J. A. M. A.*, oct. 1931, 97, 1208.
— Origin and treatment. *S. Clin. North Amer.*, décembre 1927, 7, 1579.
— Diagnosis and treatment of anal fistula. *Minnesota Med.*, janvier 1927, 10, 28.
- BUSTOS (F. M.). — Etiologie. *Rev. Sud-Amer. d'Endocrinol.*, août 1931, 14, 541.
- CABANIER (raport Grégoire). — *B. et M. Soc. de Chir.*, Paris 1935.

- CAPELLE (W.). — Diagnostic et traitement des fistules anales. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1926, 194, 315.
- CHALLAMEL (A.). — Contribution au traitement non sanglant des fistules. *Soc. de Thérapeutique*, février 1928.
- CHENUT. — La suture primitive dans les fistules anales. *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 21 oct. 1927.
- CHIRICESCO (C.). — *Spitalul*, mai 1930, 50, 179.
— Traitement des abcès et des fistules. *Presse Méd.*, sept. 1928, 36, 1238.
- CHISHOLM (A. J.). — Surgical management of fistula in ano in tuberculous. *Tr. Am. Proctol. Soc.*, mai 1928, 28, 74.
— Relation of pulmonary tuberculosis; clinical pathological and bactériological study. *Surg. Gynecol. and Obst.*, mars 1933, 56, 610.
- CIRIO (C. R.) et CONFORTI (A. B.). — Etiologie et pathogénie. *Semana Med.*, juillet 1928, 2, 140.
- CLARKE (B. R.). — Relationship of ischio-rectal abscess and fistula in ano to pulmonary tuberculosis. *Tubercl.*, mars 1926, 7, 277.
- COQUELET (O.). — Excision de la fosse ischio-rectale. *J. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chirurgie*, 1928, 27, 165.
- CUSTER (A. T.). — Improvement in method of operating in fissure and fistule. *J. A. M. A.*, août 1923, 81, 548.
- DRUECK (C. J.). — Why do we have fistule about anus and rectum. *M. J. and Rec.*, janvier 1932, 135, 75.
— Excision of rectal fistula. *Amer. J. Surg.*, février 1922, 36, 42.
— Dangers of operation for rectal fistula. *New York M. J.*, juin 1922, 115, 757.
- EARLE (S. T.). — Anus fistula. *Amer. J. Surg.*, février 1920, 34, 28.
- EDWARDS (F. S.). — Why is operative interference often ineffectual. *Lancet*, mai 1918, 1, 673.
- ELLIS (L. E.). — Fistula anal. *M. Rec. and Ann.*, sept. 1927, 24, 476.
- FANSLER (W. A.). — Fistula rectal and rectal abcess. *Lancet*, juin 1927, 47, 269.
— Relations of tuberculosis to fistula in ano. *J. A. M. A.*, août 1925, 85, 671.

- FIESCHI (D.). — Traitement. *Arch. Ital. di Chir.*, juin 1934, 37, 234.
- FISCHER (A. W.). — Traitement. *Fortschr. d. Therap.*, novembre 1932, 8, 648.
- FRANK (A.). — Traitement chirurgical. *Zentralbl. f. Chir.*, sept. 1924, 51, 2133.
- GABRIEL (W. B.). — Resultes of experimental and histological investigation into 75 cases of rectal fistulae. *Proc. Roy. Soc. Med.*, (Sec. Surg.), juin 1921, 14, 156.
- GANT (S. G.). — Relation of pulmonary and ano-rectal tuberculosis to fistula in ano. *Am. J. Surg.*, déc. 1921, 35, 368.
- GASTON (C. D.). — Etiology, diagnosis and management. *Memphis M. J.*, déc. 1930, 7, 225.
- GASTON (C. D.) et HOGAN (M. D.). — Etiology, general considerations. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1930, 31, 160.
— *Amer. J. Surg.*, avril 1931, 15, 62.
- GOLDMAN (H.). — Un commun rectal fistulae. *Am. J. Surg.*, mai 1934, 38, 124.
- GOLDSCHMIDT (W.). — L'électrocoagulation dans les fistules anales. *Wien. klin. Wochensch.*, juillet 1924, 37, 672.
- GROSS (F.). — Review of litterature. *Ergebn d. Chir. u. Orthop.*, 1930, 23, 654.
- HAINES (G. S.). — Preservation of anal muscles in operation for rectal fistula. *Am. J. Surg.*, décembre 1921, 35, 373.
- HARTMANN (H.). — *Chirurgie du rectum*.
- HAYDEN (E. P.). — *New England J. Med.*, août 1933, 209, 376.
- HAYES (H. E.). — Treatment in difficult cases. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1933, 34, 134.
- HESSE (F.). — L'opération de Moskowicz. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1931, 151, 653.
- HIBBARD (S. B.). — Anus fistula in ano. *Southwest J. Med. Surg.*, février 1920, 28, 31.
- HILL (S. M.) et LANDSMAN (A. A.). — Tuberculous anorectal fistula ; 2 cases showing secondary lung involvement and late clinical evidence of true character. *J. A. M. A.*, mars 1919, 72, 860.
- HILLER (R. I.). — Pathogenis of fistula. *Surg., Gynecol. and Obst.*, mai 1931, 52, 921.

- HINKLE (W. A.). — *Clin. Med. and Surg.*, mars 1931, 38, 175.
- HIRSCHMANN (L. S.). — Some factors in treatment of extensive ano-rectal fistula. *Am. J. Surg.*, mars 1923, 37, 56.
- Principales underlying successful treatment. *Lancet*, février 1931, 51, 103.
- IKEUCHI (A.). — Anatomie pathologique. *Tr. Soc. Path. Jap.*, 1933, 23, 538.
- JAMISON (A. B.). — *Am. Med.*, juillet 1930, 36, 442.
- Fistula ano-rectal. *Am. Med.* juillet 1930, 36, 442.
- KAPANDJI. — Thèse Paris, 1935.
- KAUFMANN (R.). — Fistules anales. *Presse Méd.*, juin 1935.
- Abscess et fistules péri-ano-rectales, 1934.
- De fistula ani et recti, 1935. Amédée Legrand.
- Suppurations péri-ano-rectales et fistules. *Presse Méd.*, juin 1932, 40, 1018.
- KATSKEE (E.). — Fistulectomy ; new, Method. *Am. J. Surg.*, avril 1934, 24, 105.
- KIGER (W. H.). — Tuberculous fistula in ano. *Am. J. Surg.*, février 1920, 34, 40.
- KIRSCHMAYR. — Opération des fistules anales. *Zentralbl. f. Chir.*, juin 1923, 50, 993.
- KLEINSCHMIDT et PETERMAN. — *Chirurgie*, 1931, 552.
- KLEINSCHMIDT (O.). — Traitement des fistules extra-sphinctériennes. *Chirurg.*, décemb. 1929, I, 1257.
- KLOPP (J. W.). — Anal Surgical diseases of rectum. *S. Clin. North America*, déc. 1930, 10, 1489.
- KULENKAMPF. — Technique des opérations pour fistules. *Arch. f. Chir.*, février 1932, 2.
- LANDSMANN (A. A.). — Discussion of post-operative recurrences of ano-rectal fistula ; their causes and prevention. *Med. Rec.*, oct. 1920, 98, 688.
- Anus fistula of rectum, anatomical considération and treatment. *J. N. Med. J.*, 1916.
- Simple ano-rectal fistule [simulating the tuberculous] variety. *New York Med. J.*, oct. 1921, 114, 468. — Treatment of certain types. *Surg., Gynecol. and Obst.*, mars 1919, 28, 276.
- LAQUERRIÈRE. — Fistules et rayons ultra-violets. *Jour. Méd. Franç.*, n° 9, oct. 1925.

- LESLIE (G. L.). — Importance of Tubercle bacillus in etiology of ischio-rectal abcess and fistula in ano. *Cac. M. A. J.*, octob. 1926, 16, 1215.
- LE SOUEF (L. E.). — *M. J. Australia*, août 1930, 2, 185.
- LOCKHART-MUMMERY (H. P.). — *Proc. Roy. Soc. Med.* (Sec. Surg. sub-sect. Proct.), juillet 1929, 22, 33.
— Fistule anale. *Clin J.*, janvier 1930, I, 6.
- LONG (H. F.). — *Internat. J. Med. and Surg.*, juillet 1933, 46, 309.
- LONGACRE (J. J.). — *New England J. Med.*, juillet 1931, 205, 138.
- MARTIN (E. G.). — Multiple fistula of ano-rectal origin with special reference to use of Dakin's solution and the plastic skin flap. *J. Michigan M. Soc.*, décembre 1919, 18, 620.
- MARTIN (C. F.). — Fistula anorectal. *Am. J. Surg.*, déc. 1925, 39, 302.
- MARTIN (C. L.). — Tuberculous fistula, juillet 33, *J. A. M. A.*
- MASCI (B.). — Divulsion in treatment of anal fistula. *Policlínico*, avril 1918.
- MAYO (W. J.). — Old hospitals of London with special reference to treatment of fistula in ano with hemorrhoids. *Minnesota Med.*, juin 1919, 2, 197.
- MILES (W. E.). — Classification pathology and treatment. *Practitioner*, mai 1931, 126, 501.
— Fistules ano-rectales. *Proc. Roy. Soc. Med.*, septem. 1932, 25, 1649.
- MILLIGAN (E. T. C.) et MORGAN (C. N.). — Surgical anatomy of canal anal. *The Lancet*, novemb. 1934, 2, 1150.
- MONTAGNÉ (J. F.). — New technic for diagnosis and definition. *M. J. and Rec.*, janvier 1930, 131, 12.
— New type of drain use ano-rectal fistulae. *New York M. J.*, juin 1923, 117, 692.
— Procédé nouveau de diagnostic. *Arch. d. Mal. de l'App. Diges.*, avril 1931, 21, 451.
- MORGAN (C. J. N.). — Analysis of 100 cases of periano-rectal infection. *Proc. Roy. Soc.* (sec. Surg. sub-sect. Proct.), juillet 1929, 22, 53.
— Practical consideration in pathology, diagnosis and treatment. *Saint-Barth. Hosp. J.* mai 1927, 34, 126.

- MOORE (J. H.). — Fistula anal. *Northwest Med.*, avril 1928, 27, 194.
- MRAZ (G.). — Traitement chirurgical. *Bratisl. Lekar. Lisky*, février 1934, 14, 53.
- NEISSEL. — Etiologie et traitement des fistules anales. *Münch. Med. Wochensch.*, janvier 1931, 3, 102.
- PAUCHET (V.). — Traitement chirurgical. *Clinique*, janvier 1930, 25, 3.
- PEISER (A.). — Quatre cas rares de fistule anale. *Zentralbl. f. Chir.*, déc. 1927, 54, 3194.
— Pathogénie et traitement. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1928, 142, 272.
- PENNINGTON (J. R.). — « Open » operation for anorectal fistula ; technic ; advantage of excision method for anal and anorectal fistulae. *S. Clinics N. America*, août 1925, 5, 923.
— Classification of rectal fistula. Treatment of each variety. *Am. J. Surg.*, décem. 1921, 35, 372.
- PICOT (G.). — Traitement des fistules anales. *Médecine*, oct. 1924, 6, 61.
- PITANGA SANTOS. — Operative technic. *Rev. Sud Amér. de Méd. et Chir.*, sept. 1930, I, 934.; *El Dia Médica*, mai 1934.
— Fistules tuberculeuses. *Folha Med.*, sept. 1931, 12, 293.
- POLACCO. — Sur quelques méthodes de traitement chirurgical des fistules extra-sphinctériennes. *Minerva Médica*, août 1930.
- RAVINA et BENZAQUEN. — Traitement des fistules par les injections sclérosantes. *Presse Méd.*, 1932, I, p. 13.
- REHN (E.). — Traitement chirurgical. *Zentralbl. f. Chir.*, janvier 1934, 61, 148.
- RESTREPO. — Traitement sclérosant. *Revista Médica de Colombia.*, juin 1931.
- RICKMANN (L.). — Fréquence de l'étiologie tuberculeuses dans les fistules anales ; action du traitement radiothérapique. *Klin. Wochensch.*, juin 1922, I, 108.
- ROBLES (rapport Cunéo). — Un procédé facile de cure radicale des fistules de l'anus. *B. et M. soc. de Chir.*, Paris, avril 1932.
- RUDOLFSKY (F.). — Traitement des fistules extra-sphinctériennes. *Zentralbl. f. Chir.*, juillet 1933, 60, 1579.

- RUEDA VARGAS. — Traitement chirurgical des fistules extra-sphinctériennes. *Rev. Med. de Bogota*, février 1934, 43, 529.
- SANCHEZ FREIJO. — Sur les fistules ano-rectales. *La Medicina Ibero*, janvier 1934, n° 686.
- SCHLAEPFER (K.). — Traitement des fistules anales. *Med. Klin.*, octob. 1932, 17, 1287.
- SIEBEN (H.). — Traitement des fistules anales. *Med. Klin.*, déc. 1922, 18, 1641.
- SIEBNER (M.). — L'opération de Whitehead dans les fistules anales. *Chirurg.* février 1932, 4, 97.
- SMITH (F. G.). — Fistules ano-rectales. *Amer. J. Surg.*, mars 1934, 23, 474.
- SMITH (D.). — Operative management of complexe fistulae. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1930, 31, 164.
— Common causes of failure to cure fistula. *The Lancet*, novembre 1933, 53, 590.
- SMITH (N. D.). — *Proc. St-aff. Mect. Mayo Clin.*, avril 1934, 9, 216.
- SODRE (L.). — Traitement des fistules anales par la fuchsine phéniquée. *Brazil Medical*, nov. 1929, 43, 1321.
- TERREL (E. H.). — Ano-rectal infections. *Virginia M. J.*, déc. 1922, 17, 206.
- THOSS. — Rôle de la tuberculose dans les fistules anales. *Munch. Mediz. Wochensch.*, déc. 1920, 67, 1440.
- TIERNY (A.). — Traitement des abcès périanaux et des fistules anales. *Arch. Franco-Belges de Chir.*, sept. 1925, 28, 782.
- TOURNAY (R.). — Traitement sclérosant. *Paris Méd.*, 1932, p. 253.
- TUNG (P. C.). — Study of 150 cases. *China M. J.*, juin 1927, 41, 550.
- TYLES (G. T.). — Operation for fistula in ano with report of cases. *Southern M. J.*, oct. 1919, 12, 617.
- DEL VALLE et YODICE (A.). — Etiologie, anatomie pathologique et traitement chirurgical. *Semana Médica*, juillet 1933,
- VASQUEZ-FUREST. — Fistules anales dans la tuberculose pulmo-
2, 13.
naire ; un traitement chirurgical simple. *Rev. de Tubercul. de Uruguay*.

WIDERÔE (S.). — Traitement chirurgical. *Zentralbl. f. Chir.*,
février 1929, 56, 284.

WRIGHT. — *The Australian and New Zealand Journ. of Surg.*,
octobre 1934.

ZÉNO (A.) et PIOLA (C.). — Fistules anales. *Semana Médica*,
mai 1923, I, 1006.

IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — SAINT-AMAND (CHER). — 30-1-1936.
